

مجلة
المعهد الطبي العربي
نبحث في الطب والصيدلانية بجميع فروعها

يصدرها عن دمشق مصورة
المعهد الطبي العربي
مرة في الشهر ما عدا شهري آب وابلول

رئيس انشاها
الرئيس
مرشد خاطر

استاذ الامراض الجراحية وسريرتها
دمشق سورية

السنة الثامنة

سندتنا الثامنة

عمر المجلات والجرائد لا يختلف عن عمر الانسان والحيوان فان منها ما يدرج في لحده وهو لا يزال في مهده ومنها ما يعمر ويطوي السنوات طي الرءاء هائلاً بالموت . غير ان للنشرات حياة اديية تستمدّها من روح منشئها وقراءها وللانسان والحيوان حياة مادية تؤثر فيها عوامل الطبيعة فتغالبها منذ الدقيقة التي تتكون فيها حتى يتم لها عليها النصر واذا كان الانسان عاجزاً كل العجز عن درء الموت الذي يهدده أياً كانت المعامل التي يتحصن فيها دفعاً لغائلة هذا العدو المهاجم فانه قادر على صد الغارات التي يوجهها الموت الى النشرات العلمية لا بل يحق لنا ان نقول ان القوة الادبية تخيف الموت فيهرب منها واجساً هلعاً ولهذا نرى الانسان يموت جسده ويتحلل جميع ما فيه من المركبات وتبقى محمولات نفسه خالدة يعيدها التاريخ وتذكرها الاجيال وانا نرغب في ان تكون مجلّتنا هذه الحياة الادبية الخالدة نود من الصميم ان تكون لها في التاريخ المقبل تلك الصفة التي ترهب الموت وتصدّه عن ادناء ايدي الاضمحلال منها ولسنا نعتد في اكساب مجلّتنا هذه الصفة على انفسنا بل على قرائنا ومؤازرينا في هذا العمل الكبير الذي اخذنا على عاتقنا القيام به . وفي خطة مجلّتنا ما يؤهلها للخلود والثبات لانها تضع اساساً للمستقبل سيشيد عليه ابناء الضاد ابنية نهضتهم العلمية المقبلة ،

هي تصوغ لهم تلك المصطلحات الجديدة بلغة عربية خالية من التعقيد والعجمة وتعبد لهم الطريق الذي سيسلكونه في نهضتهم هذه وان من تصفح سنوات المجلة السبع الماضية رآها حافلة بهذه المصطلحات وتحقق تلك الجهود التي عاينها ولا تزال نعانينا لتعيد الى هذه اللغة العزيزة تلك المرونة التي اقدتها اياها مئات سنوات الحمول التي مرت عليها وهي نائمة نومها العميق عن العلوم ، ويتقن ان لغتنا اليوم وقد صقلت يد التجدد عادت في يد الكتاب سهلة القيادة بعد ان كانت تعصيه في التعبير عن افكاره وايضاح ما يحول في خاطره من الافكار العلمية التي تلقن مبادئها بلغة اجنبية . وبعد ان كان راغباً كل الرغبة عن لغتنا العزيزة لصعوبة مراسها حسب معتقده عاد اليوم لا يرضى بسواها بديلاً في لباس بنات افكاره واطهارها للعالم العلمي بجملها الخلاب . ان عملاً كهذا يكسب مجلتنا صفة خالدة تبقى ما زال في العالم شعب عربي ينطق بلغة الضاد فلسنا نخشى والحالة هذه ان تكون حياة مجلتنا قصيرة وان يطوى ذكرها بعد انقطاعها عن الصدور ، وان اقبال ارباب اللغة عليها والطلبات الكثيرة التي يوجهها العدد الكبير منهم الى ادارتها بطلب مجموعاتها السابقة لا كبر دليل على المقام الرفيع الذي تحله المجلة عندهم .

فالى قرائنا الكرام ومشاركينا الافاضل الذين يعود اليهم انقسط الاوفر من هذا الاقبال وذاك الازدهار نوجه شكرنا سائلين لهم سنة جديدة مباركة بعيدة عن الهموم والتكبات .

رئيس الانشاء

الدكتور مرشد خاطر

المؤتمر الجراحي الفرنسي التاسع والثلاثون

للدكتور لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجها الدكتور مرشد خاطر

افتتح مؤتمر الجراحة في السادس من تشرين الاول تحت رئاسة بول بورجه الشرفية . فنهض هذا الالمعي والقي خطاباً بديعاً قوبل بالتصفيق الحاد جاء به اولاً على بعض الذكريات القديمة اذ كان تليذ طب ومواظباً اتم المواظبة على سريريات مازونوف في مستشفى اوتل ديو القديم في باريس ثم بين صفاء العقل وسداده الذي تستدعيه الجراحة بهذه العبارات الخلابة : أليس الفن الجراحي الذي انتم اعلامه تطبيقاً عملياً لتفضيلتين يندر اجتماعهما مع انه باجماعهما تبلغ جميع المهن اقصى درجة رقيها وكمالها اغني بهما اتفاق الفكر والعمل فان احدهما ينير الاخر والاخر يحقق الثاني .

فماذا تستدعي حركة الجراح ؟ انها تستدعي اولاً معرفة تشريحية دقيقة للناحية التي يعالجها وهذا الامر فكري محض وخلاصة تحريات طويلة قام بها عدد لا يحصى من العلماء الذين تقدموه في هذه الحلبة وينوا له كل كبيرة وصغيرة في جسد الانسان . ومتى جرى الفكر تبعته اليد متممة اوامره فسداد الفكر وامانة اليد في الطاعة له هما الشرطان الواجبان في الحوارق التي تقوم بها الجراحة وتنشل بها المرضى من فم الموت هذه الحوارق التي تصح فيها كلمة باكون « لا يستطاع اخضاع الطبيعة الا بالاذعان لها ، غير ان الاذعان لها يستدعي درس حقايقها والجري على شرائعها . »

ثم نهض الاستاذ اوفراي (Auvray). رئيس المؤتمر متكلماً عن تنظيم التخدير في شعب الجراحة وبين نواقصه العديدة قائلاً كثيراً ما يعهد بالتخدير الى الطلبة الاحداث الذين ينقصهم الاختبار او الى اطباء يدعون انهم خبراء بالتخدير مع انه لا خبرة لهم فيه . فيجب ان يعهد به كما هو الامر جار في بعض البلدان ولا سيما في الممالك الانكليزية للسان الى اطباء اختصاصيين او الى مرضين قد تخصصوا به والاولون افضل من الآخرين وعدا ذلك فان الخدر الاختصاصي يتمكن بمالديه من الممارسة ان يرقى الفن الذي يمارسه وهو قابل للرقى والتقدم . وما من ينكر ان طرناً جديدة في المستقبل ستحل الطرق الحاضرة وستكون افضل منها . وقد سار على هذه الطريقة عدد من الجراحين ويجدر بشعب الجراحة في المستشفيات ان تتمشى عليها .

ثم تناول المؤتمر المسألة الاولى وموضوعها التهاب الفقار الرضي (داء كومل فرناي) بحث فيه فروليخ من نانسي والبرموشه من باريس .

داء كومل فرناي هو تناذر (syndrome) سريري يعقب رضوض الفقار . وصف كومل من هامبورج قبل كل أحد سنة ١٨٩١ التهاب العظم المتخلخل التالي لرضوض الاجسام الفقرية

واعلن فرناي سنة ١٨٩٢ مشاهدة شبيهة بما تقدم اسمها كسر العمود الفقاري المجهول منذ مدة طويلة والنامة عنه آلام عصائية (névralgiques) زنارية وحديثة متأخرة .

ويتصف هذا التناذر بثلاثة عناصر يمانية (caractéristiques) : ١- الرض

الذي يكون خفيفاً في الغالب وتمتعه اعراض خفيفة تستمر بضعة ايام .
٢ - فاصلة حرة يكون بها المريض حسن الصحة ويتعاطى اشغاله وقد تكون طويلة جداً .

٣ - تشوه تدريجي ومتأخر في العمود الفقاري مع عودة الآلام الى الظهور .

فاذا رسمت اجسام الفقار بعد الرض مباشرة قد لا تبدو فيها اقل آفة .
واذا رسمت بعده بعدة اسابيع بدأ النخاض (affaïssement) في الفقار واستطالات عظمية في المحيط داعمة للفقار

ويظهر اليوم بفتح الجثة والرسوم الكهربائية ان التهاب الفقار الرضي هو كسر جسم فقاري او عدة اجسام . وينجم سير المرض بادوار عديدة وظهور الحدة المتأخر من بطء الاندمال في اجسام الفقار المكونة من نسيج اسفنجي ومن إهمال تثبيت العمود الفقاري .

والتهاب الفقار الرضي هو اكثر وقوعاً مما يظن ولا سيما اليوم بعد ان تعددت حوادث السيارات . واكثر الناس تعرضاً له الكهول بين ٢٥-٤٥ سنة والرض البدئي خفيف في الغالب : تزلق القدم عن سلم او سقوط على الوركين او القدمين او جهد عنيف لاتقاء السقوط .

والآلية (mécanisme) اما انبساط عنيف او انعطاف عنيف ومقره في ٥٠ بالمائة قطني او ظهري قطني . وسير المرض يقع في ثلاثة ادوار .

الدور الاول اذا كان الرض شديداً بدت عوارض الصدمة واذا كان خفيفاً تمكن المريض من النهوض والمشي وشعر بالألم في ظهره بضع ساعات او بضعة ايام .

وهو ألم ذو صفة عصبية وربي (intercostale) او قطني بطني قديرافقه تققع (contracture) بعض العضلات او خذل (parésie) الطرفين السفليين وتستمر هذه العوارض يومين او ثلاثة ايام وربما ٨ - ١٠ ايام. ويشعر المريض بمضض اذا ضمطت النواتي* الشوكية وحركات الفقار محددة قليلاً ولا سيما البسط. ولا يبدو شي* بالرسم الشعاعي ومتى مرت بضمة ايام عادت المياه الى مجاريها وتمكن المريض من معاطاة اشغاله.

الدور الثاني هو دور تحسن نسبي ويسمى الفاصلة الحرة الذي قد يستمر اسابيع واشهرأ ويندر ان يبلغ السنة او يتجاوزها. يشعر المريض في هذا الزمن بيمض الازعاج في الناحية الظهرية القطنية وبآلام لا ينبأ بها لانه ينسبها الى الرض.

الدور الثالث تعود به الآلام القطنية الى الظهور مع تشمع عصبي ويبدو تشوه فقاري. وقد تصادف في الوقت نفسه تشوشات حس في الطرفين السفليين (مذل، engourdissement) نمل (fourmillement) واشتداد الانعكاسات وربما بدا حس برودة وحرارة في القسم الامامي من الفخذين. فيحدوب العمود الفقاري احديداً تدريجياً مع بروز في نقطة معينة. وقد يرافقه بعض الجنف (εcoliose).

واذا اضعج المريض على ظهره صعب عليه الجلوس وكانت حركات فقاره محددة تحددأ مختلف الدرجات واذا لم يعالج هذا الدور استمر سنتين. وشفي المريض اخيراً مع حدة وزالت العوارض النخاعية او العصية زوالاً تاماً او

قسماً . وقد يستدعي اندمال الآفة ٧-٨ سنوات .

التشخيص : يجب ان يكرر فيه ما امكن غير انه ليس بالامر السهل دائماً
فيجب تمييز هذا الداء عن :

التهابات الفقار العفنة : (المكورات البنية «gonocoques» ، -الزهري ،

التهاب العظم والتقي «ostéomyélite») يسهل تفريقها في الغالب

الريّة القطعية الزمنة وقسط الفقار (spondylose rhizomélisque)

يتصفان باعراضهما الخاصة وبعلامتهما الشعاعية

داء بوت يصعب تفريقه عن التهاب الفقار ويستدعي معاينة سريرية
وشعاعية دقيقة للغاية فالأقراص سليمة في داء كومل ومقروصة (pincées) في
داء بوت ، فقد التكلس في داء بوت وتكلس بالاحرى في داء كومل ،
دوائر جسم الفقرة محنفرة غير منتظمة في داء بوت ، ومنتظمة في داء كومل ،
خراجات انتقالية مبكرة في داء بوت

وقد يلتبس المرض ببعض التشوهات الولادية او قد تظن النواقيء

الشوكية الطبيعية بعد الصدمة آفات مسببة من الرض

المعالجة : يستحسن بعد التصوير بالأشعة ان يترك الجريح في فراشه نائماً

على بطنه او ظهره . ويسمح له بالمشي بمد ٨ - ٩ اسابيع ويرسم عموده
الفقاري كل شهر فتى عادت كثافة الجسم الفقري الى الحالة الطبيعية او
تكونت التكلسات المحيطية الداعمة يقال ان الجريح قد ثبت ظهره ومعدل
الشفاء التام لا يقل عن ٨٠ بالمائة غير انه لا يقع قبل ٢ - ٧ - ٩ سنوات .

ويلبس الجريح اذا قصت الضرورة مشدأ غير ان الافضل التطعيم بطريقة

التي اجتناباً للتثيت الطويل المدة او للابس المشد .
وبما ان التهاب الفقار الرضي ناجم من كسر مجهول اصاب العمود
الفقاري يجب ان يعالج المروضة فقارهم متى اثبت الرسم الشعاعي الكسر
كما يعالج المكسورون : راحة مطلقة في الفراش بدون مشد مع اللوازم
المقيدة لجعل اجسام الفقار في وضع حسن



والمسألة الثانية التي تناولها المؤتمر هي :

تحضير المريض للعمليات : بحث لويس سوفه من باريس في هذا الموضوع
من الوجهة النظرية . وأهم امر في المسألة هو تحضير المريض بفحص موازنتيه
البنوية والحلطية واعادته أهلاً — متى كانت هذه الموازنة مختلة — لتحمل
العمل الجراحي تحملاً حسناً وقد قسم هذا الدرس فصلين :
الحالات التأهية في المعدين للعمليات . والحالات العضوية

١ — الحالات التأهية (diathésiques) أ — الداء السكري يستفيد من
امرين اولاً من درس المدخر القلوي والفسفور (ph) وثانياً من استعمال
الانسولين الذي نصدّ به العراقيل العفنة في الداء السكري ونحدد العامل
العفني العارضي ونتكمن من اجراء عملية للمصاب بالسكر مع بعض الاطمئنان
واستعماله بعد العملية واجب ايضاً .

ب — الحرص (arthritisme) يظهر غالباً بالانفصاج (obésité) الذي
هو من اسوأ الامور من الوجهة الجراحية ويعد مضاداً للاستطباب متى لم

تكن ضرورة تقضي بالتوسط الجراحي ويستدعي تأجيل العملية ريثما يكون المريض قد اتبع نظاماً غذائياً خاصاً ومارس الألعاب الرياضية وعادت موازنتاه البنوية والخلطية حسنتين

ج — السل ليس السل مضاداً للاستطباب متى لم يكن تفنن دموي سلمي حاد او خفيف الحدة .

د — داء الافرنج : يؤخر الكسور والجروح عن الاندمال ويضاد الاستطباب الجراحي في دوره الثاني المعفن للدم .

هـ — البرداء (paludisme) معالجتها قبل العملية واجبة اتقاء للعراقل التالية للعملية (كدودة البرداء) او النزف السطحي او قصور الكبد او تأخر الاندمال .

و — التسمات : الكحول والمورفين والكوكائين والرصاص تدعو الجراح الى ان يكون محتزراً في اجراء عملياته والى اراحة مرضاه بضعة ايام قبل العملية .

لان تأثير العملية هو تنبيه حالة حرضية كامنة او زيادة حالة كانت خفيفة فعلى الجراح ان يتبين هذه الحالات ويعالجها قبل العملية .

٢ — الحالات المضوية : تتحرى وظيفة الجهاز القلبي الكبدي الكلوي وذلك بقياس التوتر الشرياني ودرس ما تفرزه الكلية (العناصر غير الطبيعية) وما تبقى منه منحصراً (معايرة ازوت الدم والكلورور فيه) كانوا يخشون حتى الآن وفرة الكلورور في الدم وقد ثبت اليوم ان دور الكلورور اساسي في انسداد الامعاء وفي الحالات المعوية التالية للعمليات وفي بعض

ازديادات الازوت الدموي

ودرس الكبد امر مهم قبل العمليات لمعرفة ما اذا كانت مقصرة وبعدها ايضاً (تجري الصفراء في الدم) ومتى كان تقصير الكبد خفيفاً جاز التوسط الجراحي بعد اشباع البنية بالقلاويات وانتقاء مخدر خفيف السمية . والكولوروفورم هو المخدر الذي تفوق سميته سائر السموم الاخرى .

آفات مصاريع القلب (lésions orificielles) لا تعد مضاد استطباب للعمليات متى كانت فيها معاوضة .

وحالة الدم مهمة للغاية : فخير المعالجات في الناعور (hémophilie) هو المصول او نقل الدم .

ودرس التخثر مهم ايضاً بما يتعلق بالاستعداد لالتهاب الوريد . وليست المصول في فقر الدم الحاد التالي للنزف الا اداة خادعة مضرة لان نقل الدم وحده قد يفيد المريض .

وكذلك القول في فاقت الدم المزمنة الناجمة من نزوف قليلة متكررة فان نقل الدم وحده بواسطة الفعالة فيها .

ولاشعاع (irradiation) الطحال القوائد الحسنة في نزوف الاورام الليفية ونزوف الامعاء

والاشخاص المصابون بآفات عصبية لا تجرى لهم الا العمليات الضرورية غير ان المصابين بالسهم (tétès) يحملون جيداً التوسطات الجراحية وكذلك المصابون بالامراض النفسية يجنب اجراء العمليات الجراحية لهم الا اذا كانت حياتهم مهددة بالخطر . لان العمل الجراحي قد يكون

منهياً لعوارض نفسية مزعجة للمريض والجراح معاً . والمتوهون هم أقل خطراً فانهم يبضعون لازالة نقطة عضوية مولدة لعوارض عقلية او مشددة لها .

والموازنة الحامضية الاساسية في البيئة الخلطية هي في الحالة الطبيعية ثابتة (الفوسفور = ٧,٣٠ - ٧,٤٠) ويتحقق امرها بآلية ثاني الفسفات القلوية .

وثبات هذه الموازنة واجب للبنية ولهذا كانت معاينة الفوسفور (ph) ضرورية للغاية وهي تبدو اساساً للمعاينة وللاعتناآت السابقة للعمل الجراحي في المستقبل كما ان معايرة البولة في الدم او تحري عناصر البول غير الطبيعية تبدو اساساً للمعاينة الحاضرة .

وليس للتطور الاساسي (métabolisme basal) اقل اهمية الآن في الجراحة الا في تحقق الوظائف الدرقية والنخامية (hypophysaire) والكظرية (surrénale) فهو يمثل القيمة الدنيا للمبادلات الغازية اللازمة للحياة في الانسان الحي متى كانت عضلاته مرطحة وكان يتغذى تغذية كاملة .

النتائج : العناصر الجديدة في تحضير المرضى للعمليات منذ الحرب الكبرى هي : الانسولين في المصابين بالداء السكري ، معايزة البولة والكولورور في الدم في من كانت مصفاتهم السكلوية لا تقوم بوظيفتها حق القيام ، نقل الدم ، أهمية الموازنة الحامضية الاساسية وتقويم الفوسفور (ph)

وقد بحث لامبره في القسم العملي من هذا الموضوع فقال: يجب قبل ان نبدأ بتحضير المريض ١ - ان نستدرك عواقب العملية وتأثيرها في بنيته .

٢ - ان نقوم موازنته الوظيفية لتقيس نتائجته . ٣ - ان نعلم الوسائل

التي تزدري بها لا يبلغ هذه المائة الحد الأقصى
 التشوشات التي تحدثها العملية : تقسم الى تشوشات عامة وتشوشات خلطية :
 والاسباب الاساسية لتبدل التطور هي : فعل الجهاز العصبي والتخدير
 وانهلال النسيج (hystolysc) والنزف .
 فالتأثر النفساني قد يحدث حموضة الدم والالم والصدمة والمخدر يضر
 لانه مادة كيمياوية سامة مؤذية للنسيج جميعها ولا سيما للكبد والسكرية
 ومحدثة لتبدلات دموية تتفاوت بحسب فطرة الشخص وعمره ومدة التخدير
 والمخدر نفسه .

والخلايا التي رضتها العملية الجراحية تموت وامتصاص الاحينيات الميتة
 وما هي الا سموم حقيقية يحدث ازدياداً في بولة الدم وهذا ما يقع غالباً بعد العمليات .
 والنزف الغزير والسريع يؤثر في المراكز العصبية ولا سيما في النسيج بانقاص
 قوة المبادلة الاوكسيجينية في الدم .

فليست الغاية من تحضير المريض : ١ - اجتناب الوفيات فقط بل ٢ - اعادة
 عواقب العملية سهلة للغاية ٣ - وجعل المرضى الذين لا يستطيع اجراء
 العمليات لهم في حالة تمكنهم من اجرائها .

والمحضرون للعمليات الخالون من الامراض المتقدمة الذكر يجب جعل
 الاعضاء المفرغة فيهم في حالة شديدة الملائمة لافراغ الفضلات الناشئة من
 العمليات بالتغذية القليلة السمية (المواد المائية الفحمية «hydrocarbonées»
 والاثمار) واعطاء كثير من السوائل المحلاة . لان دور الماء هو من اهم
 الادوار في اعطاء الجسد ما يحتاج اليه منه وفي افراغ المواد السامة . وتسهيل

البطن مضر لانه يحرم الجسد الماء المحتاج اليه .

ولتراقب وظيفة الجلد جيداً وليصنع المريض تمرينات تنفسية . ولتحتاش تأجيل العملية متى أجريت جميع التحريات اللازمة للمريض وكانت حسنة لان الانتظار طويلاً يقلقه وينه اعصابه .

المصابون بالداء السكري يجب ان يميز فيهم ١ — الامراض الجراحية
٢ — عراقيل الداء السكري .

ففي الحالة الاولى (فتق — ورم لبني) يزيل تحضير المريض بالانسولين والحمية حموضة الدم والسكر من البول ويعيد سكر الدم الى درجته الطبيعية ومتى اجتبت هذه النتيجة تمكن المصاب بالسكر من تحمل العملية التي هو في حاجة اليها بدون خطر .

وتقوم المعالجة بالانسولين بحقن المريض مرتين في اليوم قبل الطعام بعشرين وحدة (unités) وبإضافة عشر وحدات الى كل حقنة زيادة مطردة حتى يبلغ المقدار في اليوم وحدة لكل كيلو غرام من الوزن .

واما في عراقيل الداء السكري الجراحية فقد لا يفعل الانسولين اقل فعل في المصابين بالتعفن . ويستمر فعله ٨ ساعات فمتى كانت الضرورة قصوى يجب اجراء العملية بعد الحقنة مباشرة والمتابعة على الحقن بالانسولين في الايام التالية للعملية .

واما مسألة معايرة البولة (urée) في الدم فمعروفة جيداً فمتى لم يكن اضطراب يجب ان تعاد البولة الى ٤٠ . . . ستتم بالحمية التي تقل فيها المواد الآزوتية وبالسوائل وعصارة الاثمار والمساهل الخفيفة في المزداد توترهم الشرياني

والسكر في المرضى الهأزلين .

ولحلية الكبد الاهمية الكبرى لان وظيفة خزن مولد السكر (glycogène) اساسية ونقصها يحدث حموضة الدم .

وتعوين الكبد بالسكر يتم بحسب الحالات بطريق الهضم او الجلد او الوريد

ولا بد في المكبوتين من عدد الكريات ومعايرة خضاب الدم وتحري زمن النزف وزمن التخثر. والنزف في الميروقين عرقله خفيفة وافضل واسطة لتحضير المريض تقوم باعطائه الهاموستيل بطريق الفم (٣ امبولات في اليوم مدة ٦ - ٧ ايام) وغرام كلورور الكالسيوم مدة ثمانية ايام او ٤ غرامات في اليوم مدة يومين .

وليحقن المريض اما بدمه او بمصل دم الانسان او بنقل الدم . والاحتياط القلوي قد يزداد بالخاصة في التضيقات والانسدادات العالية والحقن بالمصل الملحي الزائد التوتر معروف تأثيره الحسن ، يستعمل المحلول بنسبة ١٠ في المائة حقناً في الوريد ويحقن بعشرين سم ٣ تكرر ٣-٤ مرات في اليوم .

وتطراً على الدم تبدلات كمية وكيفية فنقل الدم في النزوف السريعة خير علاج على ان يكون غزيراً وكذلك القول في حالة الصدمة المشابهة لحالات النزف الحادة . وفي النزوف البطيئة المسكرة (اورام ليفية ، تقرح) قد ينقص حجم الدم الى ٧٠ في المائة والكريات الحمر الى ١,٥٠٠,٠٠٠ وخضاب الدم الى ٣٠ في المائة فلا يجوز اجراء العملية متى كانت الكريات اقل من

٢,٥٠٠,٠٠٠ وخضاب الدم اقل من ٤٠ في المائة وليس المصل الاصطناعي هنا فائدة كبيرة اما نقل الدم فله انقوائد الباهرة وكمية الدم المنقول ذات علاقة بالمرضى . ويجب ان يكون المعطى والمعطى له من الفئة نفسها ويوقف النقل متى قربت حالة المريض من الدرجة الطبيعية .

واذا كانت تبدلات كيفية في الدم: ناعور (hémophilie) تبدلات في الميروقين، بعض فاقات الدم وايضا ضاه (leucémie) ، يستعمل الدم كعلاج فيؤثر بخاصته القاطعة للنزف والمجددة للكريات ومجديده ورسله (hormones) وغير ذلك . وتأثيره في التخثير قصير المدة لا يتجاوز ٢٤ ساعة فيجب التوسط سرياً متى عاد التخثر الى حالته الطبيعية .

ونقل الدم يستطيع اجراؤه في تحضير جميع المرضى المعدين للعمليات المهمة ينقل الدم بضعة ايام متوالية ٢٠٠—٣٠٠ غم ويجوز استعمال الدم مع الليمونة (citrate) ويفعل نقل الدم فعلاً مقوياً ومنشطاً على العدد الداخلية الافراغ . ويؤثر في الافرازات بواسطة الرسل

والعراقل الرئوية تنشأ في معظم الاوقات من السدادات (embolies) التي هي في الغالب سدادات جرثومية بخثرات (thrombus) تكون في بؤرة الجرح وجواره وليس للتبدلات الفجائية في الحرارة والمخدرات في احداثها الا بعض التأثير .

وللكود الوريدي تأثير اكيد وكذلك القول في القصور التنفسي . وعمليات البطن هي اكثر العمليات احداثاً للعراقل الرئوية بالنظر الى قصر حركات الحاجز المسبب من الألم في ناحية الجرح . فجميع هذه الاسباب تعد

التيئة لتعفن الرئة بالجراثيم العادية ويجوز اجراء العمليات الجراحية الاضطرارية للمقلوبين (cardiaques) بدون معاوضة غير انه لايجوز اجراء العمليات التي تفيد بعض الفائدة ولا سيما ما يقصد منه التجميل فقط . والتخدير الموضعي مفضل على التخدير العام فيهم واما المقلوبون مع معاوضة فيتحملون العمليات الجراحية كالاشخاص الاصحاء . غير انه يستحسن اعطاء الديجتالين قبل العملية ببضعة ايام والعراقل (complications) القلبية التالية للعملية هود (collapsus) مع نبض ضعيف سريع هي حالات صدمة تعالج بالزيت المكوفر والبنين (caféine) اكثر من معالجتها بمقويات القلب العادية الديجتالين والابوائين ولكن على الرغم من جميع محريات الخبر لا استطاع تقدير المانة التي يتمتع بها المدون للعمليات بل يجب ان يلجأ الى تحريات حيوية جديدة في المستقبل .



والموضوع الثالث الذي تداوله المؤتمر هو التهاب المشكلة الزفي (pancréatite hémorragique) وقد بحث فيه بروك من باريس وميجنيالك من تولوز . ان دائرة التهابات المشكلة المزمنة لم تحدد بعد جيداً . فهي كناية عن تبدل تصليبي تالٍ للتعفن حول قنيات الغدة وفصيصةاتها وعنباتها واسباب هذا التبدل التصليبي عديدة فالضخامة التي تصادف حذاء رأس المشكلة قد تنشأ من التهاب النسيج الخلوي حول المشكلة او من التهاب ما حول قناة الصفراء او التهاب العقد المشكلة وحول المشكلة .

١ — وقد صادفوا التهابات مشكلة في التعففات الحادة : الحمى التيفية

والجدري والزحار (dysentérie) والحناقات (angines) وذات الرئة
والنزلة الوافدة والنكاف (oréillons) والخبث ..

وفي التعففات المزمنة : السيل والزهري

وفي التسمات : بالرصاص والفوسفور والزرنيخ والزئبق

٢ — ومن التهابات المشكلة ما يلو آفات الاعضاء المجاورة الصلب
والمعدة والامعاء .

٣ — ومنها ما يشترك مع آفات اخرى في المشكلة : السرطان والرمل

٤ — ومنها ما يبدو منفرداً او بدئياً

والاعراض العامة لالتهابات المشكلة المزمنة هي :

سوء الهضم المشكلي : تآنة النفس ، تقزز من الشحم واللحم ، غثيان ، لعب
(sialorrhée) اسهال مزمن ، غائط نقي ايض اللون الى الينجاني والخبث .

تشوش الحالة العامة : هزال شديد .

تشوش الافراز الداخلي : بيلة سكرية .

الآلام : المستقرة في الرجا الشرسوفي او السري او كالفود غير انها
تتشعب تشعبات خاصة في الغالب الى الزاوية الضلعية القطنية والى اليسار
اكثر من اليمين وقد تكون الى الجهتين معاً وتتفاوت شدتها . فهي تارة
متقطعة وتشابه القولنج الكبدية وهذا هو النوع الرملي الموهوم وطوراً
يومية او تكاد تكون يومية وتأتي في اوقات معينة .

النزف التي تكون رعافاً او قيئاً دمويّاً او تغوطاً دمويّاً او بيلة دموية

او فرفرية (purpura) .

الورم متى كانت المشكلة صحيحة لا تجس ومتى مرضت جست .
وتشاهد أيضاً علامات انضغاط وماهي إلاّ انزعاج في افراغ الصفراء او وقوفها
(يرقان) أو تبدل في افراغ المعدة والاثنى عشري او بتخرش الضفيرة
الشمسية. وقد تشدد هذه الآلام حتى انها تشابه نوب السهام (tabès) المعديّة.
ومن التهابات المشكلة ما هو خفيف ولا تظهره اعراض خاصة به وعليه
لا بدّ من معاينة المشكلة في سياق فتح البطن المجري لآفة واقعة في مجاري
الصفراء أو المعدة أو الاثنى عشري .
وهناك اشكال عديدة واقعة بين التهاب المشكلة الحاد والتهابها المزمن
المهمل الخفي .

وقلما تفيد المعلومات التي تجتني من فحوص الخبر .
التشخيص : صعب فقد يمكننا تحليل الاعراض من الظن بالتهاب المشكلة
من دون ان تأكده . ومتى كان رأس المشكلة ضخماً كانت امامنا ثلاث
فرضيات : الحصاة والسرطان والتهاب المشكلة .
فمتى نفينا الحصاة (الاستقصاء في مجاري الصفراء) بقي علينا ان نميز التهاب
المشكلة المزمن عن السرطان .

فالخزعة (biopsie) خطرة (نزف ، انهضام ذاتي) ووهية لان
السرطان يرافقه تفاعل ليفي شديد . ولا يستطيع التشخيص في الغالب الا
من السير لان الاستقصاءات الجراحية والنسجية لا تكفي للاثبات . ويحق
للطبيب ان يشك في طبيعة الآفة السرطانية متى بقيت الحالة العامة حسنة سنة كاملة
المعالجة اذا استثنينا التهاب المشكلة الزهري الذي تفعل به المعالجة

النوعية فعلاً حسناً كانت معالجة التهابات المشكلة الاخرى المتصفة باعراض الانضغاط واليرقان وازعاج الاثني عشري في انفراغه وعصابات الاعور (névratgies coeliaques) جراحية فقط .

معالجة التهابات المشكلة مع يرقان تقوم بتحويل مجرى الصفراء الى الخارج بخزعة المرارة او الى الداخل بمفطرة مجاري الصفراء مع انبوب الهضم و التهابات المشكلة بدون يرقان المزمنة لانفراغ المعدة والاثني عشري تعالج بمفطرة المعدة والامعاء بعد استئصال القرحة متى كانت .

والتهابات المشكلة المؤلمة بدون يرقان تستدعي التوسط المقصود (intervention directe) على المشكلة نفسها فمنهم من اجري تحرير المشكلة (pancréatolyse) ومنهم من خزعها (pancréatostomie) ومنهم من اقتطع بعضها (pancréatectomie partielle)

وقد مثلت على لوحة السينما شرائط (films) كبيرة الفائدة عن جراحة المعدة ومعالجة كسور عنق الفخذ ونتائج العمليات في نشر اوليه وعن المضغ الكهربائي وعن التجبير (orthopédie) وجراحة الدماغ .

يرأس المؤتمر الممثل الموسيولامبره من ليل والموضوعات التي يتداولها المؤتمر هي:

- ١ — القرحة الهضمية التالية للعمليات (يبحث فيها غوسه ولریش)
- ٢ — معالجة الكسور المفتوحة في الساق (يبحث فيها سنالك ورو)
- ٣ — التهابات الحلب بالمكورات الرئوية (péritonites à pneumo-coques) (يبحث فيها برستو ونوفه جوسرن)
- ٤ — المرحلة التي وصلت اليها جراحة القلب .

مستحاثات طبية

معالجة السبات السكري

للدكتور مرسل لابه الاستاذ في معهد باريس وعضو الجمع الطبي فيها
ترجها الدكتور مرشد خاطر

تبدل انذار السبات السكري تبديلاً كبيراً منذ دخل الانسولين في فن
المداءة . فقد كادت تكون الوفيات قبل ظهوره معادلة لمائة في المائة لان
عدداً قليلاً من المسبوتين سباتاً سكرياً والمعالجين بالمقادير الكبيرة من ثاني
نخاع الصوده كان يشفى . اما اليوم فان معدل الوفيات قد نقص نقصاً محسوساً
واضح معظم المسبوتين سباتاً سكرياً يشفون حتى ان جوسلان يؤمل انه
سيأتي يوم وهو قريب تزول به الوفيات في هذه العارضة .

ومبدأ معالجة السبات السكري مبني على إعراض (pathogénie) هذا
العارض لان السبات هو نتيجة حموضة الدم الشديدة وهذه الحموضة تنجم من
تشوش التغذية الذي هو من علامات الداء السكري الخطرة . وعليه يجب
ان يكافح تشوش التغذية هذا منبأ لظهور السبات السكري ودفعاً له متى
اعترى المريض .

فالمعالجة الواقة تقوم اذن بمنع الاجسام الخلووية (c.acétoniques) عن
التكون وانقاصها ما امكن وتسهيل احتراقها باستعمال الانسولين
والمعالجة الشافية كانت تقوم سابقاً باشباع الاجسام الخلووية الحامضة
بثاني نخاع الصوده الذي كان يستعمل منها ١٥٠ — ٢٠٠ غم في اليوم اما اليوم
فتقوم باستعمال الانسولين الذي يسهل احتراق الاجسام الخلووية .

وعلى الطبيب ان يعالج المسبوت في بدء سباته متى كان السبات خفيفاً وكان اللون (acétone) في البول كثيراً وان يرتب المعالجة وفقاً لحالة المريض: لتنفسه ، وقلبه وتفاعل جره ردت وشعوره. وتنظم المعالجة على الوجه الآتي يبدأ بحقن المريض بعشرين وحدة (unités) من الانسولين كل نصف ساعة وتجرى الحقن في العضلات ويستحسن صنع الحقن الاولى في الوريد وبعد مرور بضع ساعات (٥ - ٦ ساعات عادة) متى زال اتساع التنفس (hyperpnée) ينقص مقدار الانسولين الى عشرين وحدة في الساعة . ومتى مرت عشر ساعات وزال اللون من البول او كاد انقص مقدار الانسولين الى عشرين وحدة كل ساعتين .

ويعطى المريض اجتناباً لعوارض نقص السكر في دمه وتسهيلاً لاذخار مولد السكر في الكبد، من مائيات الفحم (hydrocarbonées) غراماً عن كل وحدة من الانسولين

ومائيات الفحم المستعملة هي حساء الطحين والحليب والخضر الغضة والبطاطا والامثار او المشروبات المحلاة بالسكر فقط . ولست ارى حاجة الى اعطاء المريض ثاني فحمة الصوده بطريق فمه فقد جربت هذا العلاج فلم اَرَ له اقل تأثير في معالجة السبات السكري ولا في انقاص الحموضة ومنهم من يزعم انه مضر . ولينبه الى ا فراغ الامعاء وتقطير محلول مؤلف من لتر ماء فاتر مذابة فيه ملعقة كبيرة من ثاني فحمة الصوده قطرة قطرة في الشرج . وكثيراً ما يظهر تحسن محسوس بعد هذه المعالجة لان المصابين بالداء السكري معرضون غالباً لاعتقال البطن ولأن حصرهم (انجاس غائظهم) يسرع سباتهم السكري

بالتسمم الذاتي ويمنع حموضة دمهم عن الشفاء .

ويقوى القلب بحقن (الديجتالين او الستروفنتوس او البنين «كافئين») لان وهط (collapsus) القلب من اعراض السبات السكري الخطرة الذي قد يفضي الى الموت احياناً .

ويدفاً المريض بمحمات (houles d'eau chaude) ويفطى باغطية دافئة .
فيخرج من سباته عادة بعد ٢٤ ساعة من بدء المعالجة واذا حلل بوله حيثئذ كان خالياً من السكر .والاجسام الخلوئية ويخيل له انه شفي شفاء تاماً . غير ان المثابة على الانسولين واجبة والا عاد السبات الى الظهور على ان ينقص مقداره .نقصاً تدريجياً حتى يبلغ بعد اربعة او خمسة ايام ٤٠ - ٧٠ وحدة في اليوم . والكمية التي تستعمل عادة في الساعات الاربع والعشرين الاولى لشفاء السبات السكري لا تقل في الغالب عن ٢٠٠ - ٣٠٠ وحدة وقد تمكنا من اخراج المريض من سباته بكمية اقل من ذلك (مائة وحدة) كما اتنا في بعض الحالات قد اضطررنا الى استعمال كميات كبيرة جداً (الف وحدة) ولا تختلف الطريقة التي نستعملها اختلافاً محسوساً عن طريقة جونسلا ن فهو يتبدىء بالحقن بالانسولين كل ١٥ او ٣٠ او ٦٠ دقيقة ويرى ان تقريب الحقن بعضها من بعض خير من زيادة كمياتها

وطريقة جوهن لا تختلف عن هذه كثيراً فهو يستحسن حقن الوريد بـ ٢٥٠ سم ٣ من محلول سكر العنب العشري ويترك ثانياً فجأة الصوده جانباً والطرق الاخرى القريبة من الطرق التي ذكرناها افادت بالفوائد نفسها كما يستنتج من الاحصاءات التي اعلنت . غير ان الياسن

كان معدل الوفيات في احصائه عن ٤٢ مسبوتاً سنة ١٩٢٤ ، ٢٤ في المائة ونوستر ١٠ في المائة في عشرين سباتاً سنة ١٩٢٥ وجوسلان ٦ في المائة في ٣٣ سباتاً سنة ١٩٢٥ وبترن ١٤ في المائة سنة ١٩٢٧ في ٥٧ سباتاً وشابانيه ٣٧ في المائة في ٣٢ سباتاً وستروس ٣٣ في المائة في ٥ حوادث وجوسلان في احصائه العام سنة ١٩٢٧ ، ١٠ في المائة في ٦٣ مسبوتاً .

اما انا فقد رأيت بعد ظهور الانسولين في خمسين مريضاً كنت أعالجهم لأصابهم بالداء السكري ٦٩ سباتاً مات منهم عشرون فكان معدل الوفيات ٢٩ في المائة غير ان ثمانية من هذه السباتات قد اصاب مريض وهم بعيدون فلم اتمكن من معالجتهم ولست اعلم ما اذا كانوا قد عولجوا بمعالجة حسنة فاذا طرحنا هؤلاء بقي ٦١ مريضاً مسبوتاً عالجتهم في مستشفى او في بيوتهم مات منهم ١٢ فيكون معدل الوفيات ١٩,٦ في المائة وينقص معدل الوفيات كلما اتقنا معالجة السبات بالانسولين كما يتبين من جدول السباتات التي عالجتها سنة فسنه منذ ١٩٢٣

السنة	عدد السباتات	الشفاء	الموت
١٩٢٣	٧	٤	٣
١٩٢٤	٨	٦	٢
١٩٢٥	١٠	٤	٦
١٩٢٦	٥	٢	٣
١٩٢٧	٧	٦	١
١٩٢٨	٩	٦	٣
١٩٢٩	٢٣	٢١	٢
	٦٩	٤٩	٢٠

فاذا ما روقب المريض مراقبة حسنة واذا ما عود الانتباه لا قل عارضة
أجتنبت المعالجة المتأخرة واذا ما تعلم الاطباء حق العلم كيفية معالجة السبات
السكري وجهوا اليه الادوية الفعالة فانجوا عدداً كبيراً من مرضاهم .

غير انني لا اعلم ما هي الامور التي تتمكن من اجرائها في مريض كالذي
أزوي مشاهدته : ارسل د . الى شعبي في اليوم الثاني من سباته وكان احتياطه
القلوي معادلاً لأحد عشر حجماً من حامض الكربون في المائة وفسفوره
p h معادلاً لـ ٧.٠٦ ولم يكن في حالة سبات تام فاجرينا له في الحال معالجة فعالة
بالانسولين حتى اتنا حقناه بمائة وعشرين وحدة في الساعات الثلاث الاولى
وعلى الرغم من كل هذا اشتد سباته فاستغرق فيه استغراقاً شديداً وقضى
نحبه بعد ثلاث ساعات بالوهط القلبي .

ولست اظن اننا تتمكن من صد حالات الموت بالتفنن الدموي كما رأينا
في مريض آخر اصابته بعد ان اعترته خراجة في أليته هجمة حموضة
قوية وسبات خفيف فكوفحت الحموضة والسبات بالانسولين فشفي منهما غير
انه أصيب بتعفن الدم الحالي من الحموضة وقد قضى نحبه في اليوم الخامس على
الرغم من الشقوق الواسعة التي أجريت له

وهذا ما يقال ايضاً متى اشتد السبات السكري بسلاً حاد . فان المعالجة
بالانسولين قد تفضي الى نحو الحموضة والسبات غير انها لا تدرأ الموت عن
المريض بوهط القلب .

ولست اظن ايضاً اننا قادرون على صد الموت متى كان الداء السكري
مشاركاً بداء بزدوف ولي على هذا مثالان احدهما امرأة افافت من سباتها

بعد ان عولجت بالانسولين حتى ظننت انها شفيت واذا بنوبة وهط قلبي
تعتبرها كما يحدث في حالات فرط افراز الغدة الدرقية فقصت في حالة استرخاء
القلب «asystolie» الفائق الحدة .

فاذا لم نحذف من احصاءات السببات السكرية الحوادث التي تكون منها
هجمة الحموضة مشتركة مع سسل حاد او نوبة فرط افراز الغدة الدرقية او تعفن
الدم وحذف هذه الحالات امر منطقي فانتا لن تتوصل ابداً الى محو الوفيات
في السببات السكرية كما يظن جوسلن (*)

(*) لا نجهل ان السبات السكري لا يزال خطراً على الرغم من دخول الانسولين في
المعالجة وان بعض المسويتين يموتون على الرغم من توجيه المعالجة القوية بالانسولين ومقويات
القلب الهم غير اننا لا بد لنا من ذكر رأيي في المعالجة المستعملة الاستاذ لاه ولم يأت على ذكره
مع انه مفيد الفائدة الكبيرة في السببات الخطرة التي لا يكاد يكون أمل بشفاؤها نفي
به طريقة لورنس :

من العلوم ان السبات السكري يكون خطراً كلما كانت اللاماهة (deshydratation)
شديدة وتوتر المقلتين خفيفاً والابالة (anurie) كذلك ولهذا فكر لورنس في مكافحة
هذه الحالة فجنى من المعالجة التي وصفها فوائد لم يكن يتظرها وهي معالجة مشابهة لمعالجة
المصابين بالهيمية الاسبوية الذين تقترب اعراضهم من اعراض هولاء وهي تقوم بحقن اورددة
المرضى بمصل ملحي زائد القوة (hypertonique) ١٢ بالالف على ان تستعمل منه
كميات كبيرة جداً اي ٤-٧ اثار في بضع ساعات. ويكمل الاستمصال «sérothérapie»
بحقن الوريد بثلاثة ارباع اللتر من محلول صمغ الاكاسيا (وهو محلول لا يتخلل النسيج بل يبقى
في الاوعية ويغذي التوتر الشرياني) .

ويسهل صنع هذه الحقن الوريدية بمحقنة جوبه المعدة لنقل الدم ويضاف الى هذا المصل
الانسولين ومقويات القلب كالقطرين (ادرناين) دفعا للوهط. ولتحتمل المرضى هذه الكميات
الكبيرة من المحلول بسهولة دون ان يصابوا بوذمة في سوقهم او رئاتهم واما النتائج فهي
باهرة لان المرضى يفيقون من سباتهم بعد بضع ساعات ويسرعون بالشفاء م. خ.

وانه لا تصارمين ان تكون الوفيات قليلة هذه القلة في مرض خطر كهذا وانه لفرحنا ان نرى المرضى المصابين بسبات سكري صرف الذين عولجوا في شعبتنا قد نالوا جميعهم الشفاء بيد ان المرضى الآخرين الذين عولجوا بعيداً عن شعبتنا قد قضوا جميعهم. فان هذا يدلنا دلالة واضحة على ان الطريقة التي تتبعها في المعالجة رشيدة ومفيدة

واننا نضع الجهد لنوقف المصابين بالداء السكري بخطبنا وارشاداتنا على القواعد التي يترتب عليهم اتباعها ونعلمهم فحص بولهم ونوزع عليهم الوصفات المفيدة في الحال متى هددهم السبات كما اتنا بالتعليمات التي نعطيها للقائمين بتمريض المرضى في شعبتنا وبايقافهم على المعالجات المستعجلة التي يترتب عليهم ان يعمدوا بها المسبوتين وتعليمهم تشخيص السبات السكري قد توصلنا الى شفاء السواد الاعظم من مرضانا في سياق سنة ١٩٢٩ فقد عاجلنا ٢١ مسبوتاً فشفي منهم ١٩ .

وكثيرون من مرضانا مدينون بحياتهم لاسراعهم في اثناء خفيرة الشعبة هاتفياً بانزعاجهم وتوجيه احد طلبة الطب او ممرضة اليهم مع الانسولين ونقلهم باسرع ما يمكن للشعبة حيث عولجوا المعالجة الفعالة فكل هذا يبين لنا ضرورة الاسراع وتنظيم الطرق الدوائية اكمل تنظيم في معالجة السبات السكري .



القرحة السيلانية

للطبيب جميل مسعود الكواكبي (دمشق)

افتتح كلامي بمشاهدة المريض الذي عالجته قبل ان اذكر آراء الآخرين ثم اعود الى استنتاج ما ارغب في استنتاجه منها مبدئاً لقراء هذه المجلة الكرام خيبة المعالجات المتنوعة في القرحة السيلانية ونجاح الحليب فيها .
المشاهدة : شاب في العقد الثاني من عمره ، اتاني مستشفياً من سيلان قيحي بدأ فيه وهلة منذ يومين . ولدى فحصه وجدت السيلان غزيراً جداً حتى ان الصديد كان يتدفق من صماخ البول بضغط القضيبي ضغطاً خفيفاً . ولاحظت في قاعدة العجام كتلة درنية بحجم البندقة مؤلمة بالضغط ، بلون ضارب الى الحمرة .

فبدأت معالجته بحقنة اولى خفيفة المقدار من اللقاح المضاد للمكورات البنية (غونوكوك). فلاحظت في الغد ان الكتلة الدرنية التي كانت قاسية في الامس قد لانت ووضخت وانثقت وسال منها صديد غزير شبيه بما كان يسيل من الاجليل .

وبما ان القرحة كانت متعرجة عميقة متفحكة مقتلعة الحافات مع ضخامة في العقد البلغمية غلب علي الظن بكونها قرحة لينة ، فاخذت من النبتين قيحاً وفحصته فحصاً جرثومياً لدفع الالتباس فبدت بالفحص الجرثومي المكورات البنية (غونوكوك) .

فنابرت حيثنذ على المداواة المألوفة التي كنت ألاقى باستعمالها نجاحاً

كبيراً في السيلان وكانت تجهض المرض في خمسة عشر يوماً على الأكثر، فلم اشاهد اقل تحسن بل استمر المرض شهراً ونصف شهر الا ان الصديد قل وماع وانقلب الكتلة المتقرحة ثلاث قرحات تنزُّ صديداً وقدناً كدت بالاستقصاء فيها انها منفصلة عن الاحليل وعائدة الى الكتلة العقدية المذكورة فاشركت المداواة العامة بالموضعية بان اعطيت المريض مرهماً ومحلواً مطهرين لتضميد القرحة فخفت وطأته وصغرت الكتلة حتى اصبحت بحجم الحمصة وانسد ثقبان وبقي ثقب كبير متقرح متعرج نازلاً.

خفقت المريض بمقادير عظيمة من اللقاح المضاد للتعقية فلم الاق نجاحاً فمزمت على تجربة حقن تحت الجلد بالحليب خفقت المريض بثلاثة سم^٣ في المرة الاولى فارتفعت حرارته حتى 40° وبقي الليل كله يقلب على أحر من النار لارتفاع حرارته وللتفاعل الموضعي الذي استمر ثلاثة ايام يقاسي منه اشد الآلام. غير ان هذه الحقنة الاولى لم تؤثر في الآفة الاصلية الا قليلاً جداً. فأعدت الحقنة بثمانية سم^٣ (بعد اربعة ايام من الاولى) فارتفعت حرارته ليلاً الى 40.5° وبعد نحو من اثني عشرة ساعة انخفضت الى 39° واستمرت يومين ثم هبطت الى 38° في اليوم الثالث وعادت الى الدرجة الطبيعية. وقد استمر الألم الموضعي والتفاعل تسعة ايام وكانا يخفان خفة تدريجية.

واما نتيجة هذا التفاعل في الايام الثلاثة الاولى فهي :

زاد السيلان كما لو كان المريض مصاباً بسيلان حاد ثم اخذ الصديد يتناقص ويمع الى ان نضب تماماً في اليوم العاشر من الاحليل والقرحة معاً.

وعادت الدرينة المتقرحة بحجم نصف الحصاة في تلك المدة فاعدت الفحص المخبري فلم اجد جراثيم نوعية . ثم حقنت المريض بخمس حقن من اللقاح المضاد للسليلان احتياطاً مع مئبرته على شرب الدواء داخلاً ، ويعود الفضل الأكبر باجهاض المرض الى الحليب .

وبهذه المناسبة انقل ما قرأته في بعض المجلات الطبية الفرنسية عن القرحات السيلانية والحقن بالحليب في السيلان ، لما في ذلك من فائدة فاقول :

اول من ذكر القرحات السيلانية هو لويس زوليان سنة ١٨٩٦ وتخصيصها صعب لتدرتها ولكونها لم تذكر في علم الامراض .

وقد قام بلغودر بدرسها وبين في بحاثه ان لهذه القرحات المسببة من التعقية اشكالا متنوعة لا يستطيع وصفها حق الوصف ما لم يشاهد منها انواع سريرية عديدة وقد ذكر منها الانواع الآتية :

١ — القرحات الاخدودية (fissuraires) وتصادف خاصة في محيط الفوهات في عمق الالتواءات المخاطية وهي نوع من الشقوق تشبه العاقة (perlèche) التي تحدث في الصوار (ملتقى الشفتين) ، او تشبه الزكام المزمن حول المنخرين ،

تري في الرجال في الملتقى السفلي لصماخ البول او على اللجام في التعقية الحادة جداً الغزيرة السيلان ، وفي النساء على صماخ البول او في التلم الفاصل للشفرين الصغيرين او الكبيرين عن الحليات الآسية .

ولهذه القرحات الاخدودية التي تشاهد في الرجال والنساء شكل كثير الوقوع وهو الشكل الشرجي السرمي تكون فيه القرحات بشكل ورم صغير قبيطي

٢ — القرحات السحجية (érosifs) تكون أحياناً سطحية ذات

قاعدة لينة و سطح احر او اشهب متسعة بعض الاتساع ، غير منتظمة ترى على سطح الحشفة الملوثة بالقيح في الرجل ، وعلى السطح الباطن للشفرين الصغيرين او في الرتج المهلي في النساء .

وقد تكون هذه السحجات ذات قاعدة لينة ايضاً و سطح احر (حرمة العضلات) او رمادية كلون اللويحات الدفترية ، و محيط محدد فتشبه القرحة الافرنجية السطحية ، او تكون ذات قاعدة مرتشجة صلبة عقدية فتشبه القرحة الافرنجية العقدية .

٣ — القرحات المتقرحة هي آفة محفرة ، لها غور مقعر ، فيها مدة وتنز

صديداً حافاتها مقلعة (وهي اعراض تشبه اعراض القرحة اللينة) فتلتبس بها اذا لم يعمد الى الفحص الجرثومي .

هذه هي القرحات السيلانية المتقرحة الكثيرة الوقوع والفحص الجرثومي ينفي عصيات دو كرى ويثبت المكورات البنية .

ومن القرحات السيلانية النادرة القرحات الآكلة او الثعبانية وتلقح الجلد بالمكورات البنية قد يحدث قرحات سيلانية بعيدة عن الاعضاء التناسلية .

العرايل : التهاب الطرق التنفاوية : (التهاب الشبكة او الجذوع او العقد التنفاوية) ، والاشتراك الجرثومي الذي يسبب قرحات مشتركة : (سيلانية قرحية ، سيلانية افرنجية بل قرحات ثلاثية) ؛ ولا ييت في التشخيص بمشاهدة هذه الاوصاف المبينة فحسب بل يجب دفع الشك

بالفحص المخبري ، الذي لا يكتفى فيه بتلوين اللطاخة تلويناً بسيطاً بل يجب التلوين بطريقة غرام المضاعفة والزرع والتلقيح الذاتي او الحيواني حتى التفاعل السيلاني لرونشتاين ايضاً .

ولا يحكم بان القرحة سيلانية الا بعد ثبوت عامل نيسر في الكشاشة المأخوذة من عمق القرحة بل من ملء نسيج القرحة بعد غسلها (وليس من سطحها فقط)

الداواة : المطهرات فوق منفثة البوتاسيوم والبروتارغول والفوناكرين والمراهم : كمرهم الراسب الاصفر والكالومل والانسولين او مرهم ركلو واللقاح المضاد للسيلان .

اما القروح ذات السطح المتعرج المتعفن غير المنتظم فتداوى بالكشط او التجريف او الكي بنتراة الفضة او بكلورور التوتيا او بمحلول بونان او بالكي الناري .

ويضاف الى الداواة الموضعية الداواة العامة اي الحقن باللقاح المضاد للسيلان او بالهيولينات (protéines) او بالجليب .

الحقن بالجليب في الآفات السيلانية :

في الاثنان السيلاني المنتشر الى الموثة (بروستة) أو البربخ جرّبت الداواة بالجليب بحقن تحت الجلد بـ ١٠ سم ٣ من الجليب المغلي والمبرد بمحقنة ذات ابرة دقيقة . والموضع المنتخب للحقن هو الناحية الوحشية للفخذ . ويوصى المريض بالبقاء في فراشه في الساعات الثلاث او الاربعة التي تلي الحقنة وبالتحاف لحف دافئة وبشرب الشيء الكثير من المنقوعات الحارة المحلاة

تعتري المريض بعد بضع ساعات من حقنه بالحليب رعدة شديدة وترتفع حرارته تدريجاً إلى ٣٩,٥ حتى ٤٠,٥ ثم ينصب منه عرق غزير فيشعر بضجر ووهن فنصّب . ولم يشاهد احد من المؤلفين عرقلة اخرى لهذه الحقن . وليس لهذه الطريقة ما يمنع استعمالها سوى الاستعداد للصدمة الغروية (ولا سيما في المصابين بداء الربو) .

يشعر المريض بألم موضعي عقب الحقنة يستمر بضمة ايام ويهجع المرض في اثنائها ويصفو البول وتسكن الآلام ويرتشف التهاب حتى يصبح جس الخصية مستطاعاً ويصغر حجم الموثة جداً .

فاذا لم تحصل من الحقنة الاولى الفائدة المطلوبة . يعود البول فيتعكر فيحقن المريض ثانية باحتياط تام وذلك بحقنه يوضع قطرات اولاً درأً لحادثة التأق (idiosyncrasie) المحتمل وقوعها .

اما الاعراض التي تعقب الحقنة الثانية فهي اخف من الاولى ويصفو البول بعدها ويحصل الشفاء التام بسرعة . وكلما يستدعي الامر اعادة الحقنة مرة ثالثة .

وقد جنيت نتائج باهرة في التهاب المالحقات في النساء على ان تكرر الحقن فيهن مرات عديدة .

وذكر المؤلفون نتائج حسنة ايضاً في التهاب باطن الرحم وفي التهاب المفاصل السيلاني بحقن المرضى بعشرة سم ٣ من الحليب مرة او مرتين .

معالجة التقيح اللثوي

لطيب الاسنان الدكتور ابراهيم قندلفت

لمعالجة التقيح اللثوي طرق عديدة مختلفة لا يتسع هذا المقام لذكرها كلها
فمنها الطريقة الجراحية التي يقول مجذوها ان نتائجها هي مائة في المائة . ومن
الاطباء من يعتقد ان الطريقة المنطقية الوحيدة لمعالجة التقيح اللثوي هي
تنظيف الاسنان من الرواسب العالقة بمجذورها واعناقها وسحل سطوحها
اللقمية وحدودها القاطعة بحيث لا يعود هنالك اثر للاطباق الرضي الذي
هو في اعتقادهم اهم اسباب التقيح اللثوي ومنهم من يعتمد في معالجة هذا
المرض على العقاقير والادوية . والحقيقة ان كل واحدة من هذه الطرق هي
الطريقة المثلى اذا استعملت في موضعها فيجب قبل اختبار طريقة المعالجة
والبت فيها استفسار عمر المريض وتاريخ حياته والعقاقير التي تناولها في معالجة
احد الامراض المزمنة (كالزئبق) مع فحص حالته الجسدية والتأكد
من مقدار السنخ المنتص بتصوير الاسنان بالاشعة المجهولة . فاذا كان الجزء
المفقود اكثر من ثلث الحافة السنخية كان الامل بشفاء ذلك المريض ضعيفاً
كذلك يجب درس الاطباق درساً مدققاً اما في الفم مباشرة او على امثلة
جبسية للقوسين السنتين مأخوذة عن طبقات بالخير الاحمر . فاذا وجد
ان هنالك اسناناً او حداث تتلقى ضغطاً زائداً وجب سحلها الى ان يصبح
الضغط على جميع الاسنان متساوياً .

فإذا ما اجرينا الفحوص والمقدمات المذكورة امكنا البد بالمعالجة متبعين الطريقة الآتية :

فالخطوة الاولى في معالجة التقيح الثوي هي نزع الرواسب عن اعناق الاسنان وجذورها وصل جميع الحشوات التي تلامس اللثة ونزع التيجان والجسور الثابتة التي لا تتوفر فيها الشروط الصحية ولا سيما ما كان منها غير منطبق تمام الانطباق على اعناق الاسنان تاركاً بين الاثنين فراغاً صالحاً لتجمع الجراثيم وتسكاثرها . ويجب اثناء عملية التنظيف هذم استعمال احد المحاليل المطهرة بواسطة الرشاش (atomizer) كي يحترق المحلول جميع الشقوق وخفيء الجراثيم ويقتصر في الجلسة الاولى على نزع الرواسب السطحية من اعناق الاسنان ويرجأ تنظيف الجذور والاقسام العميقة لجلسة تالية مع الايماز الى المريض باستعمال مضخة مطهرة . كفوق : برمنغاة البوتاس بين الجلستين ويلاحظ احياناً ان النسيج الثوي المجاور لجذور الاسنان المريضة قد اكتسب طبقة من الخلايا الايتاليالية القرنية الملصق تمنع التحام اللثة بالرباط وانطباقها على اعناق الاسنان وقد وجد ان افضل الطرق لازالة هذه الطبقة الايتاليالية حلها حلاً كيمياً بالمركب الآتي :

كبير تور الصوده (sulfure de soude) ٧٥ غم

فخمة الصوده (carbonate de soude) ١٥

ماء ١٠٠٠

اما كيفية استعمال هذا المحلول فهي ان يطلى به سطح اللثة الداخلي بقطعة قطن تمسك برأس الملقط مع الانتباه لوقاية النسيج المجاورة بملفات

القطن وطلايا بالقازلين حتى لا يخرشها المحلول الا اذا لامسها خطأ . واذا ظهر في الجلسة التالية انه لا يزال هنالك بعض هذه الخلايا الاليتاليالية وجب إعادة استعمال المحلول ثانياً وثالثاً حتى يزول اثرها . ثم تغسل الجيوب بمحلول الملح العادي او بمحلول فوق بوراة الصوديوم (perborate de soude) وذلك بواسطة الرشاش بحيث يخترق المحلول جميع النسيج الموبوءة .

وليس ما ذكر اعلاه من الاجراءات سوى خطوات تمهيدية لاستعمال العامل الدوائي المطهر الذي سيأتي ذكره . ونحن لا نقول بان هذا الدواء يعيد الحياة للنسيج الميت بل يحول الجيوب العفنة جيوباً خالية من الجراثيم فينقطع بذلك سيلان القيح ويجب قبل استعمال الدواء غسل الجيوب بالماء المعقم وتنشيفها ثم مسها بالكوروفورم .

اما الدواء المستعمل فمبارة عن محلولين الاول . محلول تتراة الفضة في ماء النشادر . تحل اولاً تتراة الفضة في اقل قدر ممكن من الماء المقطر ثم يضاف ماء النشادر تدريجياً فيرسب اولاً راسب اسود هو هيدروكسيد الفضة لا يلبث ان ينحل بزيادة ماء النشادر . اما المحلول الثاني فهو محلول الفورمول . ويوضع اولاً محلول تتراة الفضة في الجيوب ويترك من عشر الى خمس عشرة دقيقة وينشف بعدها القسم الباقي من المحلول بقطيلة من القطن ثم يوضع في الجيب مقدار معادل من محلول الفورمول ويترك دقيقتين او ثلاث دقائق ريثما يخترق جميع الخلايا الموبوءة . وينشف الجزء الباقي ويعاد وضع محلول تتراة الفضة ثم ينشف هذا ايضاً ويتبع باليوجينول (eugenol) وينشف هذا ايضاً فتكون نتيجة ذلك تعقيم جميع النسيج التي تحللها المحلول

ولا سيما الملاط الذي ترسب فيه الفضة بالحالة المعدنية وهي أكثر ما تكون مقدرة على التعقيم وتعرف هذه الطريقة اي طريقة إرجاع الفضة للحالة المعدنية بواسطة محلول الفورمالين بطريقة الدكتور هاو (Howe) واول ما استعملت ولا تزال تستعمل له تعقيم قنوات الاسنان ولا سيما المعوجة منها التي يصعب تنظيفها ميكانيكياً بالابر الشائكة .

وقد يشعر المريض عند وضع الدواء في الجيوب لاول مرة بلسعة خفيفة لا تلبث ان تزول . ولا يحدث ضرر من تماس هذا الدواء بالنسج الرخوة لانها تكوي الطبقة السطحية منها فتطرحها الخلايا التي تحتها وتكون نتيجة ذلك التجدد الشفاء .

على انه يجب ان لا يقتصر على استعمال هذا الدواء بل يجب على المريض الاعتناء بنظافة فمه واستشارة الطبيب في فترات معينة بعد شفائه لمراقبه الحالة لان كثيرين ممن قد شقوا تماماً عاودهم المرض بسبب اهمالهم تنظيف اسنانهم وافواههم . وتجب معاينة المريض مرة في كل شهر لمدة سنة على الاقل بعد شفائه . كذلك يجب افهامه فائدة التمسيد واهميته سواء أفي اثناء المعالجة او بعدها اذ ان اهم عوامل النجاح في معالجة التقيح اللثوي هو تنشيط الدوران الدموي والاطراح (elimination) وما الآلات والعقاقير سوى وسائط مساعدة للوصول الى هذه الغاية .



افتتاح الدروس ودار كتب الجامعة السورية

احتفلت الجامعة السورية يوم السبت الواقع فيه ٢٢ تشرين الثاني سنة ١٩٣٠ بافتتاح الدروس ودار الكتب وهذه هي المرة الاولى التي تحتفل جامعتنا بمثل هذا العيد جرياً على خطة الجامعات في العالم ذلك لانه لم تكن لها قاعة فسيحة للاحتفال بمثل هذه الاعياد العلمية . اما الآن وقد انشأت الجامعة بناءها الفخم واقامت فيه مدرجاً كبيراً يستوعب زهاء الف مدعو فقد رغبت في ان تسير على خطة الجامعات ولم تأزف الساعة العاشرة قبل الزوال حتى اقبل المدعوون ودخلوا القاعة فرؤس الاحتفال فخامة رئيس الوزراء المعظم الشيخ تاج الدين الحسيني يحف به سعادة وكيل المندوب المفوض الموسوي فير ومعالى الوزراء ورؤساء الاديان والاعيان واساتذة الطب والحقوق والآداب وما ان استقرّ المقام بهم حتى نهض معالي عميد الجامعة السورية والقي الخطاب التالي :

خطاب عميد الجامعة

جرت العادة ايها السادة ان تحتفل الجامعات في رأس كل سنة من سنواتها التدريسية بيوم افتتاحها . وجامعتنا السورية لم تسر على هذه الحطة في ماضيها لانه لم يكن لديها قاعة فسيحة لمثل هذه الاحتفالات ولما كان قد تم الان البناء الذي يظللنا وكان هذا المدرج الكبير قد اعد لمثل هذه الاعياد العلمية وكان افتتاحه الرسمي قد وقع وشرف بعضكم بحضوره الحفلة التي اقامتها الجامعة لهذه الغاية رأينا في هذه السنة ان تسير على خطة الجامعات ونحتفل بيده سنتنا التدريسية ولما كنا نرتقب في ان يشرف هذا العيد السعيد

المدير العام للمعارف في المفوضية العليا المسيو بونور اضطررنا الى تأخير مواعده عن بدء السنة التدريسية ريثما يتيسر لضيفنا الكبير تلبية دعوتنا واتي بهذه المناسبة ارفع الى حضرته أخص عواطف الشكر لتكرمه بقبول هذه الدعوة وقد جرت العادة ايضاً ايها السادة ان يطلع عميد الجامعة مدعويه على ما جد في السنة التدريسية ويوقفهم على ما ينوي احداثه في السنة المقبلة . اما ما جد في سنتنا الحاضرة فيستحق الذكر نسرده لحضرتكم باختصار

في معهد الحقوق ستحدث شعب ثلاث حسباً تفضل فخامة رئيس الوزراء المعظم وأمر بتبنيته برامجه في حلة توزيع الشهادات الاولى للادارة والمالية والثانية للقضاء المدني والثالثة للقضاء الشرعي . وبرامج هذه الشعب لا يزال قيد الدرس ومعاملاتها سائرة في مجراها الطبيعي ومتى تمت ياشرف افتتاحها وقبول الطلاب اليها قريباً ان شاء الله . ولا يخفى ما في الاختصاص من الفائدة للبلاد والمحمامي نفسه لانتا في عصر تفرغت به العلوم وكثرت شعبها حتى استحال على الطالب الاحاطة بجميعها ايا كانت درجة ذكائه . فن يرغب في ان يكون لامعاً عليه اذا ان يخص نفسه باحدى هذه الشعب كما هو الامر في الفروع الطبية التي لا تختلف ماهيتها عن الفروع الحقوقية . فهذا ما كان ينظر اليه المعهد وما حققه هذه السنة

وقد رمم ايضاً بناء معهد الحقوق ترميماً جيداً من الداخل والخارج وعادت اطرافه حديثة غناء يبعث النظر اليها في قلوب الطلبة البهجة والجدل . وافرزت قاعة كبيرة فيها لتطبيق المحاكمات بصورة عملية علنية ليتعود الطلبة المرافعة ويهون امرها عليهم بعد خروجهم الى معترك الحياة

وفي معهد الطب كيف برنامج الصيدلة وفقاً للبرامج المتبعة في اكبر معاهد اوربا وادخلت عليه بعض التعديلات الموافقة

وفي مدرسة الآداب العليا افتتح الصف الثاني هذه السنة ولم يكن في السنة الماضية غير صف واحد واحداث هذه المدرسة في دمشق يعلي مستوى الانشاء والادب العربيين والفرنسيين في البلاد ويدفع بابنائنا الى اتقان لغتهم وتفهم آدابها بعد ان كان معظمهم يكتفون بتقهم ادب احدى اللغات الاجنبية مهملين كل الاهمال لغة جدودهم كأنها الفرع وتلك الاصل ولم يكونوا يتوصلون الى اتقان تلك ويكونون قد اهملوا لغتهم نفسها فمدرسة

الآداب العليا تتفتح في ابناء اللغة روحاً جديدة وفي اللغة نفسها حياة كانت كامنة وفي الجامعة السورية انشئت مطبعة مجهزة بجميع الادوات والمعدات لطبع ما تحتاج اليه فروع الجامعة الثلاثة من المطبوعات وطبع مجلة المعهد الطبي وما يؤلفه الاساتذة من الكتب وفي احداث هذه المطبعة اقتصاد بالنفقات وترويج للاعمال

وقد احدثت فيها ايضاً دار الكتب لطلابنا جميعهم من طب وحقوق وآداب ليعودوا اليها في مطالعاتهم وتبعاتهم وقد كانت النواة التي القتها الجامعة في تلك الخزانة كبيرة تبشر بمستقبل حسن . فان عدد مجلداتها الحاضر ينفي على ثلاثة آلاف وثلاثمائة مجلد وستفي ادارة الجامعة بجميع كل طريف ومفيد من الكتب وضمه الى الخزانة لتكون مرجعاً لرواد العلم في هذه البلاد . وقّع خزائن الكتب ايها السادة امر معروف لست ارى حاجة الى ذكره فان البلاد بما فيها من خزائن الكتب . كما ان العالم الفرد بكتبه وبما جمعه وجمعه من المؤلفات وبما يدونه في سجلاته من الاختبارات والتبعات الشخصية لان المرء الذي يستند على ذاكرته فقط في تبعاته قلما يلاقي نجاحاً فهي تخونه فيعود الى التقصي والتفتيش عن امر يكون قد صرف في سبيله اياماً لا بل اشهرأ وضيع وقته سدى ولما كان الفرد اياً كانت ثروته لا يستطيع ان يجمع لنفسه ما يصدر في العالم من نتاج عقول العلماء كان على الحكومات ومعاهد العلم ان تقوم بهذا العمل وتوجد للعلماء في بلادها مرجعاً يعودون اليه وهذا ما نظرت اليه الجامعة وما ستحققه لهذه البلاد العزيزة وانا سندعوكم الان سادتي بعد انتهاء هذه الحلقة الى افتتاح هذه الدار الرسمي في الجامعة .

هذا ما احدثته الجامعة في هذه السنة التدريسية وكل هذه الامور الحديثة التي انشأناها وما هي جادة في انشائه يعود الفضل فيه الى الحكومتين الوطنية والمنتدبة اللتين لا تزالان ترمقنا بعين ملوذا العطف والمساعدة فان الحكومة المنتدبة قد اهدت الى خزانة كتبنا المئات من مؤلفات علماء الاعلام ومفوضيها السامون ومندوبيهم في دمشق كانوا الجامعتنا خير مساعد واعظم نصير وكذلك رؤساء حكومتنا الفضام الذين توالوا على منصة الحكم فقد كانوا لنا خير عضد في مانحن ساعون اليه ولم يخذلونا بما فيه خير جامعتنا وازدهارها ولا سيما رئيس وزرائنا المعظم فضامة الشيخ تاج الدين افندي الحسني الذي تم في عهده هذا البناء الفخم الذي تفتيا ظله فاتنا بفضل ما اغدقه علينا من المساعدة وما شملنا به من العطف قد

تمكنا من القيام بالاعمال التي ذكرناها آنفاً وهي انشاء دار الكتب وترميم معهد الحقوق ولولا التفاته السامي لما كان لنا ان تتم هذه الاعمال . فهو يدفع الجامعة السورية دائماً الى الامام ويسهل علينا كل عقبة تعترض سبيلنا فالى فخامته اسمى عواطف شكرنا على ما بذل وما سيبدل في سبيل جامعتنا المدينة له بالفضل

وانني اترك الآن الكلام لمعالي وزير المعارف العام وسعادة مدير المعارف العام في المفوضية العليا الموسيو بنور مكرراً لهما شكري الخالص لشكرهما بقبول هذه الدعوة

ثم نهض احد طلبة الطب فألقى ترجمته بالفرنسية . وقام على الاثر معالي وزير المعارف العام الاستاذ محمد كرد علي فلفظ خطاباً نفيساً ندونه بحروفه لما فيه من الدرر النوالي وقد قوطع بالتصفيق .

خطاب وزير المعارف

كنت اطالع منذ ايام قلائل كتاباً الى علماء ألفه موسيو (هريو) بحث فيه عن مستقبل فرنسة وقد ذكر في مقدمته ان هذا المستقبل لا يكون في ثمرات الخيال ولا في دوافع العاطفة بل ينحصر في كلمتين « الادراك والاتاج » وان شئتم فقولوا العلم والعمل لقد استوقفت ذهني هاتان الكلمتان فانهما تدلان على معان كثيرة وربما اندمج فيهما معنى الحياة بمجامعها ولما قرأتها قلت في نفسي أفلا يتوقف مستقبلنا أيضاً على الادراك والاتاج أفلا يجب علينا ان نحاطب شباب بلادنا بمثل ما خاطب به (هريو) شباب فرنسة فقول لهم « ادركوا اتجوا » . فالعلم وحده هو الذي ينبغي ان يخلق لنا وطناً جديداً فقد كان (سبنسر) يقول « للدراسة العلمية شأن عظيم لانها تهمد السبيل الى الحياة الصناعية والتجارية » فاذا كثر في جماعاتنا خسران المال الناشء من فقدان العلم فكم يكثر خسران هذا المال في المستقبل في الجماعات التي تظل في عزلة عن هذا العلم وكان برتلو يقول « العلم يستولي على كل شيء فلا يمكن بعد اليوم ان يكون لرجل من الرجال سلطة دائمة اذا لم يستتر بتعاليم العلم »

نعم يجب علينا ان نحاطب شباب وطننا بهذا الكلام « ادركوا اتجوا »

ولكن قبل ان نقول لهم « ادرکوا » يلزمنا ان نسأل هل مهندنا لهم سبيل الادراك .
اظن ان الحكومة لم تقتصر في شيء من هذا التهديد فقد بذلت مجهودها في اصلاح التعليم
على مختلف درجاته .

رأت وزارة المعارف ان التعليم الابتدائي نظري اذ من ان يكون عملياً فافتححت على
مجلس المعارف في جالسته الاخيرة ان ينظر في هذا الامر فيصرف اذهان الطلاب الى العمل
الذي يفيدهم في حياتهم سواء اكان هذا العمل تجارياً ام زراعياً ام صناعياً فادخل على
البرنامج الابتدائي ما يتفقد هذا المقترح فاصبح الطالب حراً في انتخاب الوجهة التي يريد
في الحياة بدلاً من ان تكون وجهته الوظائف وحدها

اما التعليم الثانوي فان وزارة المعارف اخذت تعد العدة لتعديله على حسب مقتضيات هذه
البيئة . واما التعليم العالي فاظن ان الحكومة قد عطفت عليه كل العطف واهتمت به كل
الاهتمام فلم تبخل على جامعتنا السورية بالمال الذي يرفع بهذه الجامعة الى أعلى الدرجات
حتى ان احد اساتذة جامعة (ستراسبورغ) زار في الصيف الماضي سورية وقال لي بعد
زيارته لقد رأيت في مخابر جامعتكم من الكمال ما لم أره في بعض جامعات فرنسا نفسها . ولا
يزور استاذ من اساتذة فرنسا جامعتنا السورية من دون ان تترك في نفسه اجل الآثار وابانها
واذا كان للجامعات حياة خاصة تمكنها من الوصول الى الغاية التي ترمي اليها اي الى
البحث العلمي وحده فان الحكومة قد احترمت حياة جامعتنا وأيدتها حتى تستطيع ان تصل
الى غرضها السامي ، البحث عن العلم ، فجعلت الجامعة السورية حرة في جميع منصرفاتها
المادية والمعنوية حتى اصبحت مفخرة بلادنا ولم يقتصر فضل هذه الجامعة على هذه الديار
بل امتد الى بلاد اوسع كلبنان وفلسطين والعراق ومصر فكانت ضياء يستضيء به
الشرق القريب كله .

نعم لم تبخل الحكومة بالمال على جامعتنا وقد استطعنا بهذا التوسيع ان تزيد في معاهدها
فانشأنا شعباً للادارة والمالية والقضاء المدني والقضاء الشرعي في معهد الحقوق سنحتفل
قريباً بافتتاحها كما انفتحت اليوم بافتتاح خزنة كتب الجامعة لتكون لطلابها مورداً سائفاً كل حين
وقد انشأنا ايضاً في السنة الماضية مدرسة الادب العليا ولا يخفى على حضرتكم ما لهذه
المدرسة من التأثير البالغ في اللغة والادب فانها فضلاً عن حرصها على ميراثنا اللغوي والادبي

تحمل شبابنا على تنمية هذا الميراث وتدريبهم على ذوق لذة نتائج العاطفة والشعور وهكذا ستظل الحكومة تتعهد الجامعة حتى تم لها فروعها كافة على احدث اسلوب واجل طريقة ولم يخصص تأييد الجامعة في الحكومة وحدها ولكن فخامة المفوض السامي موسيو بونسو قد شاركنا في هذا التأييد فما زال يعمل على الاهتمام بجامعتنا فما نحن لشكر لسعادة موسيو بونسو مستشار المعارف في المفوضية العليا تكرمه بالحضور فقد احب ان يعرب لنا عن عطف فخامة المفوض السامي على التعليم باختلاف درجاته : الابتدائي والثانوي والعالى من هذا كله يا سادتي يتبين لنا ان سبل الادراك مهمة لشبابنا واننا لم نخل عليهم بشيء مما يوسع لهم افق الادراك فيقول لنا بعد هذا كله ان قول لهم « اتجوا » لان العقل الذي يدرك لا يكاد يكون شيئاً من دون العمل والاتاج . فاذا قلنا لهم « باب العلم مفتوح » حق لنا بعد هذا كله ان نقول لهم « اعملوا » لان العلم وحده لا يكفي اذا لم يكن مقروناً بالعمل

وتلاه السيد شفيق جبري مدير مدرسة الادب العليا فألقى ترجمته بالفرنسية ثم اعلنى المنبر سعادة الموسيو بونسو مدير المعارف العام في المفوضية العليا فألقى خطاباً بديعاً لا نأتي على خلاصته فحسب رغم طوله بل نفضل ان ندون ترجمته ببعض التصرف ليطلع قراؤنا عليه ويقفوا على نوايا الدولة المنتدبة الحسنة نحو المعارف في بلاد الانتداب

ترجمة خطاب الموسيو بونسو

افتتح كلامي باسداء الشكر لمن اعدوا هذا الاحتفال وتكرموا بدعوتي اليه . اني اشعر بلذة لا توصف لكوني هنا في الجامعة السورية بدمشق بين قوم اوجدوا في هذه المدينة حركة أدبية تجذبي وتستوطني وبحرك نشاطها في الإعجاب وحرر التمثيات بنجاحها وفلاحها . كنت ارغب منذ زمن مديد في ان اجيء وانشط مشيدي هذه المدارس العالية التي اقيمت للتحريات العلمية والسعي وراء الحقيقة واكبر علمهم العظيم الذي اخذوا على عاتقهم القيام به اني احب اساتذة جامعة دمشق واعضاء الحكومة السورية الذين كانوا يداً واحدة في

خدمة مصالح العلم والتثقيف الوطني ، هذه الفئة التي سبق اسماء افرادها منقوشة في سجل المستقبل يحف بها عرف الجليل لانها وضعت امام أعينها مصير شعبها الادبي وكان لها من قوة الارادة ما دفعها الى تخصيص جهود كبيرة في احياء الثقافة العربية التي كانت زاهرة زاهية وان عملاً شريفاً كهذا لا ننشطه فحسب بل نعطف عليه كل العطف ونكبره كل الاكبار. وانكم لمحقون ايها السادة ألا تسألوا منا نحن الفرنسيين الرضاء عن حركتكم الاديبة فقط بل العطف على مشروعاتكم والاهتمام به والعمل معكم بدأ واحدة . انكم لعلى حق بان تسألونا تفهم افكاركم وإدراك مارق من عواطفكم وما لطف من اميالكم وطباعكم كيف لا وانتم خلف ذلك السلف المجيد الذي كانت له تلك المدينة القديمة الزاهرة فاسمحو لي ان ابين لكم اننا لعلى استمداد للعمل معكم في هذا الحقل الادبي وانني لمغتبط بالخاصة بهذا العمل ولجذل بالقيام به لانني ادرك منذ زمن طويل تلك اللذة التي يشعر بها العربي حين اشتغاله في بلد غني بتاريخه المجيد ونهضته الحديثة وكم في دمشق من تلك الذكريات فائتي لا ارفع عيني الى مأذنة الجامع الكبير الا وأتمثل الفزالي غارقاً في تأملاته بوحدة الخالق . ولا التفت الى حلب الا واذكر المتنبى وقصائده الرنانة وحكمه الرائعة ولا لدير لحاضي الى مرة التعان الا وأتمثل ابا العلاء ذا الذكر الخالد .

بحق يقول ايها السادة ان بلادكم قد كتب لها ان تكون مركزاً ادبياً مشعاً وسوقاً كبيرة تباع بها قلائد الفكر وان الاسباب التي دعت الى تقلقل حالة سورية السياسية في الاجيال السالفة الذكر هي نفسها اوجدت لها ذلك المقام السامي في الادب والفكر . فان بلادكم الواقعة في ملتقى بلدان عريقة في المدنية بوذقة تصهر فيها الافكار الآتية من تلك الاتجاهات المختلفة وتمتزج وتمثل فيكم . وقد استفادت سورية من هذا الوضع لانها كانت تتغذى بهذا الغذاء الادبي وتنقله الى الآخرين ففهمهم به .

ان تاريخكم المجيد ايها السادة يدعوكم الى الاتصال بالمدنات الحاضرة ومبادلة الغير افكاركم الناضجة ويحملكم على تفهم اسرار هذه الحياة الفكرية ودورها عن كتب لان منها ما درسه غيركم في هذا العالم وما هو مختلف عن مبادئكم لا بل ما هو مضاد لها احياناً وسورية القريبة من البلدان العربية اللسان والمجاورة للغرب اجدر من كل بلد لوضعا الجغرافي باتحاف المدينة العامة بمستحدثاتها الفكرية وفنها الخاصين بها وتنقل الحقائق التي تقتبسها

من الغير او التي تبسكرها

ان هذه الفكرة هي التي دعت أولي الامر بدون اقل تردد بعد ان وضعت الحرب اوزارها الى جعل الجامعة السورية مؤسسة علمية يستطيعها اثبات المقايضة مع جامعات اوربة واذا ذكرت جميع من فهموا هذا الامر وعضدوه ولا سيما فضامة رئيس الوزراء كان علي بالخاصة ان اثني على رجل دفعه اعتقاده الثابت الى ترك التردد والشك جانباً على رجل ضم الى تلب عقيده مناقب الاداري الحكيم اعني به عميد الجامعة رضا بك سعيد اتري رأيتك للمرة الاولى يا حضرة العميد سنة ١٩٢٣ في ذلك الزمن الذي لم تكن قد انشئت فيه على هذه الهضبة حيث نحن هذه الابنية الجميلة التي تنتخر بها دمشق . واثني لا ازال اذكر انك سرت معي في هذه البقعة المهمة حيث اقيمت اقفاص للقبعات (cobayes) شديدة باسكاه الارانب التي تشاهد في الضواحي غير ان يدك كانت تشير في هذه الارض الفقراء الموحاة الى الاماكن التي ستقام فيها ابنية السرريات والمخابر والمدرجات ودار الكتب . وقد برزت اليوم هذه الابنية من الارض محقة الحطة التي رسمتها والغاية التي كنت ترمي اليها وسيدكر اسمك كما ذكرت هذه المؤسسة العلمية . غير ان عملك لم يتم ومهمتك لم تنته بعد لان عملك فكري يتجدد تجدداً دائماً ويكتمل مع الزمن اكتمالاً متبادياً .

يعلم العميد رضا بك سعيد والاساتذة الذين يحيطون به سوريون وفرنسيون حق العلم ان الجامعة عضو من اعضاء الفكر وان اقامة الابنية الجميلة واستجلاب الادوات والمعدات المديدة لا يكفيان لان قيمة هذا الشيء لا تقاس بكبر حجمه وكبته بل بنوعه وكيفيته ولا تسمى الحقيقة حقيقة الا متى عاشت وظهرت وقبلها من ينقلها ومن يقبلها . ومعهد الطب بدمشق معتقد كل الاعتقاد بهذه الشرمة الصارمة: ولهذا نراه يتابع جهوده لاصلاح طرقة ومخابره وتعليمه ولاكمال دروسه السرية ويوجه نظره اكثر فادخر الى التخرجات والمشاهدات الدقيقة غير ناس ان الطب يبتدىء كالعلم وينتهي كالفن

ان تقدماً زاهراً ينتظر معهد الحقوق بدمشق واقبال الشبية السورية على دروس الحقوق . يشير بمستقبل زاهر له . وليس في هذا الاقبال العظيم ما يعجب وزمننا الحاضر زمن التبدلات والاقلابات والبلدان المجاورة يتخذ بعضها الشرائع الاوروبية قانوناً له والبعض الآخر كمصر يطور دستوره ويعدل قوانينه فشيية هذا العصر ترى فيها دافعاً يدفعها الى

الإشتراك بهذا الانقلاب الذي تطمح اليه او تنتظره وتشعر بحاجة الى هذه الاداة التي لا بد منها للإشتراك بالحياة السياسية وبهذا التطور الاجتماعي الجديد . فإمام معهد الحقوق بدمشق دور كبير ينتظره وهو يستعد لهذا الامر تجدد كبير في دروسه وبإيجاد فروع للتخصص حتى يتسنى له ان يتقن افكار تلامذته ويمرنهم تمريناً عملياً في الوقت نفسه .

ان خلق حركة التجدد هذه بتثقيف الشبية هذا التثقيف العالي هو الغاية التي ترمي اليها جامعة دمشق وقد اردتم ان تكون اداة هذا التجدد وهذه الثقافة اللغة العربية ولستم مخطئين في اختياركم لها بل كونوا واثقين انكم احسنتم صنماً باتقانها فان من يزعمون ان اللغة العربية غير صالحة للتعبير عن مصطلحات العلم الحاضر هم على خطأ مبين فالتاريخ يثبت ان لغة الضاد كسائر اللغات الاخرى غنية باشتقاقاتها وكافية بكثرة تراكيبها للتعبير عن الافكار الجديدة والارتباطات الحديثة التي تربط تلك الافكار فان فلاسفة العرب حينما نقلوا في القرن التاسع الى لغتهم رسائل ارسطوطاليس تمكنوا من نقل العلوم الى لغتهم كما في عهد ابن سينا والغزالي وابن رشد فان من ينكر والحالة هذه ان اللغة العربية صالحة لمباشرة اللغات الاخرى والتعبير عن الافكار العلمية الحديثة وسأبين الاسباب في فرصة اخرى لانها صعبة ومعقدة . اعلموا ان اندفاعكم الى ايجاد مؤسسة علمية كبيرة عربية الاساس هو على ما ارى اكبر دليل على حذافتكم فظلوا ابدا محافظين على هذه الاداة البديعة التي نحن مدينون لها بكثير من الاعمال الباهرة وبعده من الاشكال الجميلة التي تجلي بها الفكر البشري

في الارض فمة من الناس ايها السادة تشتمز منها نفسي اعني بها اعداء الحقيقة فانهم يريدون الوحدة في كل شيء ولو كان في الوحدة الموت لما اوجدت الحياة من الامور الجميلة والنادرة انهم يزعمون ان اللغة التي يحق لها ان تحيا هي اللغة التي ارضعتهم اياها مرضعاتهم مع لبنهن وان غيرها من اللغات حجر عثرة يجب نبذها والقائها جانباً ولكي يبرروا عملهم ويسلوا انفسهم يتعلمون الاسبرتو . أجل لسا ننكر ان تعدد اللغات بين سكان ارضنا يعوق المبادلات العلمية غير ان تعددها مفيد للشر وهذه الحسنة وحدها كافية لتفضيلها . قال احدهم عن العرب « ان علم هذا الشعب الذي يحق له الفخار به هو علم اللغة ومعرفته اصطلاحاتها وقرض اشعارها والبراعة في تركيب نثرها » اني اهنيء العرب واتمنى ألا يضيعوا هذا

الاحترام المقدس للقيم لان من يدافع عن لغته يدافع عن اصله وعن حقه المقبل وعن كيانه وعن لحمه ودمه انكم تهتم هذا الامر جيداً ولهذا انشئت في دمشق الى جانب مدارسها العالية مدرستان اجبيء على ذكرهما باختصار فالاخيرة منهما هي مدرسة الادب العليا التي ولدت فكرة انشائها في المجمع العلمي العربي هذا الحارس الامين على تقاليد اللغة ، هذا الوصي العالم الساهر على ابقاء وسائط التعبير الخاصة بالشعب العربي . يقول رئيس المجمع العلمي اللودعي قولاً بعيد النظر في تقريره الرابع عن اعمال المجمع في السنوات الخامسة والمشرين والسادسة والمشرين والسابعة والعشرين بعد التسمية والالف « وكان من اعظم امانتي المجمع في السنين الحالية انشاء كلية للاداب وذلك لملءه باحتياج الآداب العربية الى ان تخرج فيها طبقة مختارة تحسن الكتابة والخطابة بلغتها وتسير في التأليف والترجمة وتطلي الامور العلمية وادارة الاعمال على النظام الغربي . » وقد قيض لطالب هذه الامنية ان يحققها بنفسه . فالى رئيس المجمع العلمي هذا العالم العامل والمؤرخ السوري الطائر الصيت يعود الفضل في انشاء مدرسة الادب العليا . وهذه المدرسة التي نشأت في احضان المجمع العلمي العربي وضمت الى الجامعة السورية ستلقن طلبتها آداب اللغة وتهذيب الانشاء ونقاوة التعبير متبعة خطة المجمع الذي انشأها غير انها ستكون ايضاً اداة لثقافة العقيلة العامة وراطة تربط بها اعمالها بتطور الاخلاق والذوق والفكر البشري لانها لهذه الغاية انشئت ايضاً وقد بدأت هذه المدرسة صغيرة وسترتقي سلم التقدم درجة درجة حتى تستحق اخيراً ان تسمى معهد الادب العالي . ولست اشك ابداً ان هذه المؤسسة الحديثة العهد ستكون بفضل اساتذتها الذائعي الصيت اللامعين خير خلف لمدارس البصرة والكوفة التي جعلت الغرامطيق العربي درساً من أدق الدروس واكملها .

ذكرت ايها السادة باختصار المدارس العالية في دمشق ولست انسى المتحف الذي نحن مدينون به لديره العالم الذي وقف على ماضي سورية وتلك المدنات العديدة الغائرة

وجميع هذه الاعمال التي ينتظرها مستقبل باهر لم تتم وتكتمل الا بفضل الحكومة التي اشكر رؤسائها الفضام فقد قيض الحظ للجامعة السورية انها كانت تجد دائماً على رأس الحكومة رجالاً يقدرون المدارس العالية قدرها ويعلمون حق العلم انها عامل اساسي في رقي البلاد وفضامة رئيس الوزراء الحالي ووزراؤه الاعلام لم يدعوا ولن يدعوا فرصة

تمّ الا اظهروا بها التفاتهم وعضدهم لهذه المؤسسة العلمية . والجامعة السورية ترى ايضاً في شخص فخامة المفوض السامي ومندوبه في دمشق خير عضد فان سعادة المندوب قد تمكن بفكره الثاقب وفنوده الكبير ان يحلّ المشاكل الدقيقة . التي يستدعيها تنظيم هذه المؤسسات الكبيرة . فلتطمئن الجامعة السورية ولتسر هادئة البال في انجاز مهمتها السامية التي اخذت على عاتقها القيام بها وهي تنشيط الشعب السوري وارشاده وصقل عقله المشعّ ذكاه

ثم سار المدعوون الى توكية السلطان سليمان القانوني حيث دار كتب الجامعة الحديثة فدخلوا قاعة كبيرة من قاعات ذلك البناء الاثري الجبار الذي هزأ بمئات السنوات لا يقل طولها عن خمسين متراً وقد نظمت فيها الخزائن العديدة ونضدت فيها الكتب العلمية من طب وحقوق وأدب ورتبت ترتيباً يسهل على أمين تلك الدار تلبية طلبات زائريه ووضع الكتب التي يرغبون في مطالعتها بين ايديهم .

وبعد ان طاف المدعوون في تلك القاعة والقوا نظرة على تلك المجموعة النفيسة التي القت فيها الجامعة نواة دار كتبها انصرفوا وهم معجبون بتلك الجهود التي تبذل في دفع الجامعة السورية الى الامام ولا عجب اذا سارت هذه المؤسسة العلمية ذلك السير السريع الرشيد وعميدها النابغة وربانها الحكيم معالي الاستاذ رضا سعيد بك يدير دفتها بحكمة وحكمة نادرتين ويبذل الجهود الكبيرة في ترقيتها واعلاؤها والحكومتان الوطنية والمتدبة تمدان اليها يد المساعدة ولا تضنان عليها بالوسائل المادية التي لا غنى عنها في تسيير الامور أيّاً كان نوعها .

ان الجامعة السورية مدينة بريقها وبلوغها هذا المقام الرفيع لعميدها الهام

الذي ضحى وبضحي بمصالحه الخاصة في سبيل خدمتها فقد تمكن بحسن ادارته وهو الاداري الكبير ان يقتصد من موازنة الجامعة في السنوات القليلة التي مرت عليها مبلغاً كافياً من المال لانشاء بناء الجامعة الفخم وانه اليوم يضيف الى مآثره العديدة هذه المأثرة الجديدة بانشاء دار كتب للجامعة ووضع هذه النواة لبلادنا العزيزة ولسان حاله يقول لقد خدمت امتي بكل ما أوتيت من مقدرة وانشأت لها خيراً داراً للكتب جامعة فلتحرص امتي على هذه الفرسة ولتسقها بما اعتنأها لاتي راغب في ان تعود تلك النواة شجرة باسقة الاغصان

لسنا الآن في موقف إطراء ومدح لنصوغ عقود الثناء لمعالي عميد الجامعة وهو بغنى عنها لانه لا يعمل لكي يسبح الناس بحمده ولكن الحقيقة يجب ان تقال والاعمال المحمودة يجب ان تدون لتكون أمثلة للخلف يقتدون بها ويعلموا في المستقبل بعد ان يطوي الموت من هم الآن ممثلون حياة ونشاطاً أن كان على رأس تلك المؤسسة العالية في تاريخ نشأتها رجل به انتعشت ومنه استمدت نشاطها فقد رمم كل شيء فيها وكان عنها في الخارج المحامي البارع وفي الداخل المدير النشط الذي عملي على مؤازريه اساتذة المعهدين امثلة الاقتداء به والنسج على منواله .

مرشد خاطر



خطاب الاستاذ سعيد بك الغزي

في حفلة توزيع الشهادات

سيداتي وسادتي الافاضل

دعاني الاستاذ الكبير عميد الجامعة السورية لالقاء كلمة في هذه الحفلة الزاهرة باعتباري من اقدم خريجي معهد الحقوق احد فرعي الجامعة السورية فاهتلت لارادته وليست بسرور عظيم دعوة هذه الجامعة التي كان لي الشرف بأن اكون من اقدم خريجي معهد الحقوق.

حقاً انها حفلة زاهرة تسطع فيها انوار العلم والفضيلة تحت هذه السماء الغناء، سماء الجامعة السورية المحبوبة حيث تجتمعون ايها السادة للاحتفال بتوزيع الشهادات على خريجي الجامعة السورية في هذا العام من مهدي الطب والحقوق.

فبتشريفكم يا سادتي تخدمون العلم الصحيح وتشجعون هؤلاء الشبان الافاضل عندما يقفون الساعة وقفة رهيبة يدعون فيها حياة الدراسة ليدخلوا حياة جديدة مملوءة بالمصاعب والاتعاب ألا وهي حياة العمل الحقيقي فقد كانوا يدعون بالامس رجال المستقبل ولكنهم يدعون من الآن فصاعداً رجال اليوم وخدمة الامة المخلصين لانهم سيكرسون اوقاتهم الثمينة لخدمتها خدمة صادقة. ففي هذه الساعة الجميلة لا بد لي من ان احيي هؤلاء الاخوة

الذين قضوا ايام شبابهم في مناهل العلم العذبة بين قاعات الدرس والمختبرات يتلقون في الاولى علماً صحيحاً ويشاهدون في الثانية اختبارات نافعة كانت مداراً لتثقيف عقولهم وتوسيع مداركهم وتنشيط عزائمهم ليظهروا مواهبهم الاصلية . تلك المواهب التي كانت ولم تزل فخر السوريين الذين برهنوا أننا حلوا انهم رجال عمل وذكاء وصدق عزيمة فكونوا ايها الاخوان عند حسن ظن الامة بكم وحققوا آمالها بصبر ورثكم اعضاء عاملين في هذا المجتمع البشري وبرهنوا للملا انكم دعائم قوية في بنيان هذا الوطن المقدس فاخدموه بعلومكم ومعارفكم واسعوا الى نشر العلم بين ابنائهم الاعزاء وقدموا لائمتكم أجل خدمة يتطلبها الوطن والتاريخ ليسجل لكم في سطورهِ الخالدة ذكراً حسناً باحرف من نور كما سطر لمن سبقوكم في خدمة الوطن المقدس فاليكم ايها الشبان الافاضل الذين حملتم اجازة هي مدار لفخاركم وافتخار ابناء الوطن بكم ارفع التهاني راجياً ان تكرسوا حياتكم لخدمة امتكم ووطنكم عن طريق العلم والجد والعمل بالعقل والحكمة . انكم ولا شك ستجدون اخوانكم الذين سبقوكم في مضمار الحياة العملية بانتظاركم في هذه الساعة البهجة حيث يضمون الى صفوفهم نخبة صالحة لتكونوا وايهم يداً واحدة تعمل الخير للوطن المقدس .

فاذا ما كنت واحداً ممن كان لهم شرف السبق في الانضمام تحت لواء هذه الجامعة فلا ارى بداً من ان اعود بكم ايها السادة الى الماضي قليلاً لنبحث عن سير العلم العالي في هذه البلاد وعن العقبات الصعاب التي كان يلقاها طلابه في ماضي الازمان قبل تأسيس الجامعات في هذه البلاد السورية

ولتتخذ من الماضي مقياساً يبين لنا الفرق المحسوس الظاهر للعيان ولتتخذ ذلك وسيلة للاعتراف بفضل القائمين بأعمال الجامعة السورية لقد كان اجدادنا فيما مضى حجة الكون في العلم والفلسفة والفضيلة والقضاء والتشريع وكانت بلاد العرب سورية والعراق ومصر والاندلس محجة الطلاب من ابناء الغرب والشرق يؤمنونها لارتياد مناهل العلم العذبة تحت سمائها الصافية الأديم .

لقد سجل التاريخ لأجدادنا المعطاء فخرأ لا تحجوه الايام اولئك الرجال الذين سنوا الشرائع والانظمة ووضعوا المؤلفات القيمة في جميع العلوم فاقتبس الغرب من علومهم ومؤلفاتهم وتعاليمهم التي كانوا يلقونها في معاهدهم العلمية العالية جميع ما يسمونه اليوم حضارة غربية . فالطب والحقوق والفلسفة وعلوم الاجتماع كلها وليدة افكار علماء العرب نقلها الغريون لبلادهم واسندوها لانفسهم ونحن الآن عن ذلك غافلون . ولكن الخلف لم يسر على خطى السلف بل انصرفوا عن العلم الى غيره حتى تقلص ظل العلماء العاملين وقل عدد المشتغلين المجدين المجتهدين وتضاءلت انوار العلم حتى كادت تنطفئ .

وما زال الحال يسير من سيء الى اسوأ حتى اصبحت البلاد وليس فيها من العلماء الا النذر اليسير وصار المتطفلون على العلم يحملون اسمه وهم ابعد الناس عن فهم حقيقته وادراك معناه

وهكذا اندرست المعاهد العلمية والمدارس الكثيرة وصار ابناءؤنا في حاجة الى ارتياد العلم في بلاد أخرى وصرنا في أواخر عهد الحكومة العثمانية الى حالة من العلم يقطر لها قلب الخلصين دماً .

وكان حظ القضاء من هذا الانحطاط اسوأ من حظ المعاهد العلمية فقد

تراجع الى الوراء وسدَّ باب التفكير والاستنباط وحل الجُمُود في القضاء محل الجِد والاجتهاد وضعت فكرة التشريع التي أحيّاها اسلافنا من علماء الشريعة الاعلام وصار القضاء في ايدي رجال تدرجوا الى رئاساته ووضع بينهم وبين باب الاجتهاد سدٌّ منيع حال دون نفوذ انوار الفضيحة التي اوجدها اسلافنا الى عقول القضاة فقام الغرب يسعى الى نشر تعاليمه التي اقتبسها من قضائنا الشرعي زاعماً انها من بنات افكار مؤلفيه وعلمائه الباحثين واصبح قضائنا في معزل عن نظريات العلم الحديثة التي كانت تسير سيرة سرياً مطرداً نحو الرقي والتجّاح . فبينما كان العلم يسير سيره الخيث على سنن النشوء والارتقاء كنا واقفين وقفة جامدة حتى اصبحنا في المؤخرة بعد ان كان اسلافنا في المقدمة .

اما الحمامة فكانت اسوأ الصناعات حظاً فبينما كان المحامي في الغرب محلاً لحرمة طبقات الشعب بأجمعها وتقديرهم كان اسم الحمامة في هذه البلاد مقروناً بصفات لو ألصقت اليوم بالحمامة لما احترقها واحد منا .

اما الوساطة الوحيدة للتخلص من هذه الحال فهي انشا الجامعات ونشر التعليم العالي والسير على سنن النشوء والارتقاء والاكتثار من طبقات الشبان المتعلمين علماء حقيقياً ولكن هذا الامر كان صعب المنال جداً . لان الحكومة العثمانية قد اهملت امر التعليم العالي وجعلت جامعتها في مدينة الاستانة فكان من المتعذر جداً على ابناء الامة العربية الا القليل منهم ارياد هذه المعاهد لما في ذلك من نفقات باهظة واسفار شاسعة واضطرار الى تلقي العلم بلغة غير لغة الآباء والاجداد وقلما يتسر ذلك لابناء سورية العزيزة ولكن

هذه الحال المؤلمة قد أثرت في نفوس المفكرين من رجال العرب المخلصين فقاموا يطالبون الدولة العثمانية مطالبة شديدة وبذلوا الجهود في سبيل نشر التعليم في بلادنا العربية وجعل العلم العالي يدرس فيها بلغة ابنائها فلم يفلجوا في اول الامر . ولكنهم نشطوا للعمل وعقدوا مؤتمراً عاماً في باريس لمعالجة هذه الحالة فأوجست الحكومة العثمانية خيفة وبعثت الى المؤتمرين بوفد من رجالها يسعى الى التفاهم معهم . وعلى الاثر اذاعت الحكومة العثمانية بلاغاً جاء في جملة مواده ان تكون اللغة العربية لغة التدريس في المدارس الابتدائية الثانوية ولغة المرافعات في المحاكم النظامية والشرعية في البلاد العربية وان تعنى الحكومة بانشاء مدارس عالية للطب والحقوق في البلاد العربية . وفي سنة ١٩١٢ انشئ معهد الحقوق في بيروت ومثله في بغداد فضم معهد بيروت عدداً كبيراً من خريجي المدارس الاعدادية والتجهيزية ولحق بهم قسم كبير من طلاب معهد الحقوق في الاسكندرية وكانت دروس المجلة واصول الفقه واحكام الاوقاف وغيرها من العلوم الققهية تلقى فيه باللغة العربية مما سهل لطلابه فهم احكام الشريعة المعمول بها في البلاد .

لقد اصاب المعهد منذ نشأته قسماً وافراً من النجاح لانه كان محط آمال ابناء الامة العربية باجمعها وموضع اهتمام الدولة العثمانية الى ان صار معهدنا الحقوقي يضاهي معهد الاسكندرية وغيره من المعاهد الحقوقية وتخرج منه عدد غير قليل من الشبان الناهضين كانوا مثلاً للقاضي التزوية والعالم الحقوقي التقدير والحامي النشط الشريف وهم موضع حرمة الناس حتى الآن ولقد تأثر المعهد على إلقاء الدروس حتى نهاية الحرب العامة الا ان القسم

الاعظم من طلابه لم يتمكنوا من المواظبة بسبب اضطرارهم الى الخدمة في الجندية . وبعد ان وضعت الحرب اوزارها قام في دمشق طلاب هذا المعهد وعلى رأسهم الاستاذ الكبير المرحوم الشيخ سعيد افندي مراد وطالبوا الحكومة السورية بفتح ابواب هذا المعهد ثانية فلبت رغبتهم وأمرت بفتح معهد الحقوق في ايلول سنة ١٩١٩ فانضم اليه طلاب يربو عددهم على الاربعين وقد نظمت برامج التعليم وفقاً لمثيلاتها في البلاد الراقية وأضيفت اليه دروس الفقه الاسلامي والعلوم الحقوقية الحديثة وفي ١٥ حزيران سنة ١٩٢٣ أُلحق معهد الحقوق بالجامعة السورية وهو تاريخ انشاء هذه الجامعة الكريمة وما زال حتى الآن معهدا للطب والحقوق يؤلفان ركني الجامعة السورية التي هي مدار فخر السوريين اجمع

لقد بذل عميد الجامعة الكريم ورؤساء معهد الحقوق واساتذته المحترمون جهوداً عظيمة في سبيل معهد الحقوق وساروا به سيراً مطرداً في اصلاح البرامج والانظمة وادخال التعديل فيها وازادوا دروس من شأنها ان تجعل الطالب فيه واقفاً على العلوم الحقوقية في الغرب ونظرياتها الحديثة مما يسجل لهم بالشكر والفخر .

لقد انجب هذا المعهد الحقوقي في خلال هذه السنوات القليلة عدداً من الطلاب كانوا مفخرة للامة بما بذلوه من جهود في سبيل خدمتها ونصرة الحق والعلم الصحيح فكان منهم القاضي العادل والحامي البار والاداري المحنك حتى اصبح في البلاد عدداً كافياً من خيرة ابناء الامة فيهم الجدارة والكفاءة لتولي المناصب القضائية والادارية والتشريعية والقيام بمهنة المحاماة

الحرة بكل جدارة ونشاط مع حفظ آداب المهنة وشرفها فسدوا الفراغ العظيم الذي كنا نشعر به قبل لانهم يحملون علماً صحيحاً وفكرة حقوقية ناضجة واخلاقاً طيبة .

فانظروا ايها السادة الى الفرق بين الماضي والحاضر وفكروا في الصعوبات التي كان يعانيها طلاب العلوم العالية في الماضي والسهولة التي يجدونها في الحاضر واحكموا اذاً بما هنالك من فرق شاسع في السهولة والتنظيم وقدروا معي الجهود المبذولة في هذا السيل فلا يسعنا في هذا الباب الا ان نذكر مع الشكر والتفخر المساعي الطيبة والجهود العظيمة التي بذلها عميد الجامعة السورية ورئيس معهد الحقوق واساتذة المعهد من السعي في سبيل نجاح هذا المعهد لاصلاح رائج التعليم وادخال التطورات العلمية الحديثة عليها وبما نشره من المؤلفات القيمة في العلوم الحقوقية حتى اصبح المعهد الحقوقي والجامعة السورية يضاهيان اعظم الجامعات والمعاهد الحقوقية في العالم رقياً وتعليماً

فالى عميد الجامعة الكريم والى رئيس المعهد الحقوقي واساتذته الكرام نقدم الشكر ونرجو لهذه الجامعة السورية بمعهديها الطبي والحقوقي متابعة الرقي والتجاح .

ولنتف قائلين لتحية الجامعة السورية ليحي معهد الحقوق ليحي
معهد الطب



بول ارليخ واميل فون بهرينغ

١٨٥٤ - ١٩١٨

١٨٥٤ - ١٩١٥



P. Ehrlich

احتفل العالم الطبي في هذا العام بمرور عشرين سنة على كشف
السفرسان هذا العلاج العجيب الذي لم تقتصر فائدته على داء الافرنج
فحسب بل كانت منه المنافع الجليلة في امراض اخرى عديدة لا نرى حاجة
الى تعدادها واستطبابت السفرسان في يومنا الحاضر اشهر من ان تعلن

ويقضي علينا الواجب الطبي في مثل هذه المناسبة ان نقول كلمة عن مكتشف هذا العلاج كيف لا وهو العالم ارليخ الذي طبقت شهرته الحافقين وعن زميله بهرينغ الذي هو ندُّ له في العلم والشهرة والولادة يظهر ان الطبيعة شاءت ان تنفخ العالم في يومين متتابعين ١٤ و ١٥ اذار من سنة ١٨٥٤ بهذين الرجلين الكبيرين اللذين كانا منارتين نستضيء بنورهما الثاقب ومن اكبر المحسنين الى هذه البشرية المتألّمة . لان ارليخ وبهرينغ لم يشتهر اسمهما في العالم الطبي بما انتجه عقلاهما النيران في مكافحة الامراض السارية بل تعداه الى طبقة الشعب ايضاً . وقد كانت الوسائط متوفرة لهما لتحقيق ما كان يحول في خاطرهما من الافكار التي انقلبت حقائق بعد ان اثبتها الاختبار .

وكأن الخالق عز وجل الذي وهب الحياة لهذين الباقين في زمن واحد قد شاء ان يكون تجانس ايضاً في اعمالهما وعقليهما . فان كليهما قد وجها بحثهما الى طريقة جديدة في معالجة الامراض اعني بها معالجة السبب وهي ولا شك الطريقة الفضلى لان مكافحة الاعراض وحدها لا تفيد اقل فائدة اذا لم توجه المعالجة الى السبب المحدث للمرض . ومتى عرفنا ان بهرينغ هو مؤسس الاستمصال (sérothérapie) وان ارليخ هو مكتشف السلفرسان حق لنا ان نعلم المنزلة الرفيعة التي يستحقها هذان العالمان في عالم الطب .

والاستمصال هو الطريقة التي ندخل بها لجسد الانسان مواد مستمدة من احد الحيوانات لنقيه وطأة مرض يهدده او لنشفه من مرض ألمّ به وهو صفحة جديدة في الطب نحن مدينون بها لبهرينغ فهو قد ادخل المصل

المضاد للدفتيريا في الممارسة الطبية ونجا الملايين من البشر من وطأة هذا الداء القتال وهو الذي اشار باستعمال المصل المضاد للكرزاز في الوقاية من هذا الداء الفتاك وقد جرى العالم الطبي على خطته واصبح استعمال هذا المصل في ايامنا عاماً وما من يجهل النتائج الباهرة التي جنبت منه في الحرب الكبرى المنتصرة .

وقد كانت لأرليخ ايضاً جولة كبيرة في مضمار الاستمصال لانه بفضل أبحاثه قد عرفنا ان قوة المصل تابعة لما يحتويه من الاجسام المنعة ولا تذكر هذه الطريقة في المعالجة الاً واسم ارليخ معها .

وبعد ان كشف بهرينغ الاستمصال وادخله في الممارسة الطبية وجه افكاره الى حل مسألة من اصعب المسائل اعني بها السل فاستبطن طريقة جديدة لتلقيح الثيران الواقي وقد جرى في خطته على ما رسمه ادوارد جزر مؤسس التلقيح فكما ان جزر استعمل جذري البقر لوقاية الانسان من جذريه استعمل بهرينغ عصيات السل الحية في الانسان لوقاية الثيران من هذه الآفة الرابعة . لسنا نكرر اننا لا نستطيع ابداء حكم جازم عما سيكون من هذه الطريقة لانها لا تزال قيد البحث غير اننا نستطيع القول انها قد لقت انظار الباحثين الى تتبعات جديدة .

وقد كرّس بهرينغ الزمن الاخير من حياته بمكافحة الدفتيريا بعد ان رأى ان مدة الوقاية التي يهبها المصل قصيرة جداً فحرب ان يشرك المصل الواقي مع الذايفان (toxine) واستحضر مزيجاً من ذيفان الدفتيريا وترياقه (antitoxine) أملاً باحداث مناعة طويلة شبيهة بالمناعة المكتسبة بالتلقيح

المضاد للجدرى . وقد افادت هذه الطريقة وهي تنتشر يوماً عن يوم .
وبعد ان رأى ارليخ ان المصول لا يستطيع استعمالها في جميع الامراض
وجه نظاره الى قتل العوامل المرضية في البنية المريضة بالمواد الكيماوية .
وهذه المسألة عويصة لان هذه المطهرات تقتلها للجراثيم تؤذي ايضاً العناصر
الحية في البنية فهي اذن سيف ذو حدين .

حتى ان بهرينغ نفسه بعد ان سار في هذا الطريق الوعر اضطر الى تركه
لما فيه من الاخطار اما ارليخ فلم تصده العقبات التي قامت في وجهه بل تابع
تتبعاته واختباراته حتى توصل اخيراً الى كشف السلفرسان فاغنى باكتشافه
هذا فن المداواة بفئة كبيرة من المستحضرات ما كنا نراها لولا اكتشاف
ارليخ الباهر .

وهكذا كانت حياة هذين العالمين الالمانيين حياة عمل وجهاد ونفع
لل بشرية وقد اغلقت عينا ارليخ عن هذا العالم الذي مثل فيه دوراً من اكبر
الادوار العلمية في ٢٠ آب سنة ١٩١٥ ولفظ بهرينغ نفسه الاخير في ٣١ اذار
سنة ١٩١٧ ولا يزال اسماهما خالدين في صفحة التاريخ الطبي . م . خ .



تقدمة المؤلفات المطبوعة

للاستاذ اميل سرجن

مترجمة عن مجلة المحققي الطبي الفرنسي

اتشرف بان أقدم للمحققي (académie) الطبي المجلد الثاني من كتاب
السريريات والمداواة الطبية الذي وضعه الاساتذة الاطباء ترابو ومرشد خاطر
وشوكة الشطي وقد خصص القسم الاعظم منه بسريريات الجملة العصبية فكان
برهاناً ساطعاً على جلد مؤلفيه في اتمام الخطة التي اخذوا على عاتقهم القيام بها وهي
إلباس العلم الفرنسي ثوباً عربياً لا غبار عليه كما في عهد ابن سينا ولما كانت
الاولى من العلم القديمة للأمراض العصبية قاصرة عن تأدية ما جاء في هذا
المؤلف من المباحث فقد اقتحم هؤلاء الاساتذة كل الصعاب وقاموا بنحت
اوضاع عربية جديدة خاصة بهذا الجهاز ازدادت بها اللغة العربية ثروة علي
ثروة فلم يكن مؤلفهم مفيداً من الوجهة الطبية فحسب بل من الوجهة
اللغوية ايضاً لما يشتمل عليه من المصطلحات التي كانت موضع اعجاب العالم
الطبي في الاقطار العربية وداعياً الى تسجيل هذه المأثرة لهم

وصفوة القول ان هذه الفكرة التي اوجدها فرنسي كانت دعامة للغة
العربية العلمية يشكر عليها جزيل الشكر .

الدكتور

عزة مريدن



تقويم البشير

عن سنة ١٩٣١

ما برح حضرة الاب العلامة لويس معلوف اليسوعي منذ بضع سنوات يهدي الينا تقويم جريدة البشير التي يتولى ادارتها في بيروت . وجرياً على عادته السابقة تفضل باهدائه الينا تقويم البشير عن العام الذي آذن بخره بالطلوع فحق له علينا شكرٌ جديدٌ نضيفه الى شكرنا القديم .

والتقويم الذي نقله الساعة بين يدينا غزير المادة كبير الفائدة شأنه التقاويم التي سبقته في السنين الحالية . ظهر لأول مرة في سنة ١٨٧٨ وما فتى منذ بدء صدوره الى الآن يسير الى الامام سيراً حثيثاً لا يقف امام من تعاقبوا على تأليفه من الابهاء المحترمين حائل يثني من عزائمهم ويحول دون الاستمرار في تعميم فوائده وترقيتها الى ان تولى حضرة الاب الفاضل مدير جريدة البشير الحالي نشره فألبسه حلة زاهية جديدة تم عما يتصف حضرة مؤلفه من الميل الى التجديد ونشر المفيد .

ويستطيع من شاء اقتناء التقويم المذكور ان يطلبه من حضرة مؤلفه مدير جريدة البشير في بيروت وثمان النسخة الواحدة منه في لبنان وسورية ٥٠ غرساً سورياً وفي الخارج شلين واحد خالص اجرة البريد .



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في شباط سنة ١٩٣١ م الموافق لرمضان المبارك سنة ١٣٤٩ هـ

فور ونوف والمجتمع البشري

التي هذه المحاضرة في ردهة المجمع العلمي العربي
بدمشق يوم الجمعة الواقع في ٧ تشرين الثاني من
السنة ١٩٣٠ المنصرمة رئيس انشاء هذه المجلة
الدكتور مرشد خاطر ولما كان موضوعها مفيداً
للقرءاء رغبتنا في ان يقرأها على صفحات مجلتنا من
لم يتسن لهم سماعها « المجلة »

الموضوعات التي يتتبعها الخطباء اشبه شيء بالازهار فاذا ما دخل المتنزهون
حديقة جمعت من الازهار أجملها وأشدها ووقع نظرهم عليها اختار كل واحد
منها ما يناسب ذوقه وتميل اليه نفسه .

فمنهم من ينظر في الزهرة الى تناسقها وجمال ألوانها وهولاء هم الشعراء
والادباء الذين يتسمون للطبيعة وتبتسم لهم فيرون جميع ما فيها ورداً ويتنقلون
على اغصان شجرة الحياة تنقل الهزار ملبسين عواطف القلب ثوباً قشيباً من
نثرهم السيال وناظمين شواعر النفس شعراً يأخذ بمجامع القلوب .

ومنهم من ينظر في الزهرة الى طرز نموها وكيفية استنباتها والاقاليم التي تلائم حياتها وهؤلاء هم العلماء والنباتيون والمؤرخون الذين يدرسون في زهرة الحياة الاجتماعية طرق نمائها وكيفية ازدهارها والادوار التي مرت بها ويستتجون منها النتائج المفضية الى رقيها المستمر .

ومنهم من ينظر في الزهرة الى فائدتها وخواصها وهؤلاء هم الاطباء الذين يفضون الطرف عن جمال زهرة الحياة ولا يرمقون متى أجالوا بصرهم في حديقة هذا العالم الا الفائدة التي يستطيع استخراجها من تلك الزهرات فرب زهرة سمجة المنظر كرية الرائحة خشنه الملمس تستهوي عقولهم متى استشموا فيها جوهر أفعالا وخاصة نافعة. ولهذا نراهم يطرقون الموضوعات التي اذا سمجت مظاهرها وثقل سماعها على المستمعين كانت لهم منها الفائدة الكبيرة وقد كنت ارجب ايها السادة في ان اجمع بين اللذة والفائدة وان امثل موضوعي بمظهر يجذب القلوب بجماله والمقول بفائدته غير ان خشونة الموضوعات العلمية تبدو خلال التراكيب التي اصوغها واشواكها الحادة تبرز بين المعاني التي اسبكها حتى انه ليستحيل علي إخفاؤها . وليس علي بعد ان اتقيت موضوعاً من هذا النوع سوى ان استيحكم عذراً عن الطريق الوعر الذي قد نضطر الى سلوكه معاً وعن المصطلحات العلمية والطبية التي قد تشوك آذانكم وتثقل على مسامعكم وقد انقصتها جهد المستطاع ولم أبق منها الا ما اضطررتي الحاجة اليه

اما الموضوع الذي اخترته فهو علمي اجتماعي لانه يرتكز على قاعدة علمية لا بد من الوقوف عليها ويرمي الى غاية اجتماعية جليلة الفائدة لا بد

من ادراكها.

وهذا الموضوع مترامي الاطراف يستطيع الباحث فيه ان يضع مؤلفاً ضحكاً عنه دون ان يفهم حقه غير ان القروع العديدة التي تتفرع منه يستطيع حصرها وتسديدها الى الوجهة التي يختارها المتكلم .

فلو وقفت في جمعية طبية لكنت اسهبت في طريقة فورونوف الجراحية وطرز اجرائها والشروط التي يجب توفرها في المطعم والمستل الطعم منه اي في الانسان والقرد لان في هذا ما يفيد الزملاء الاطباء

ولو وقفت في جمعية البيطرة لكنت تكلمت عن تطبيق هذه الطريقة في عالم الحيوان ولكنت بينت انواع الحيوانات التي يستطيع تطعيمها والطريقة العملية في ذلك .

ولو دعيت الى الكلام في موضوع اقتصادي لكنت بينت الفوائد الاقتصادية التي تنتظر من نشر هذه الطريقة واهتمام الحكومات الراقية بها والخيرات التي تدرها على البلاد التي تعنى بها وسوى ذلك من الامور التي تفرح علماء الاقتصاد .

غير انني دعيت الى الكلام في مجمع علمي وامام نخبة من سكان هذه المدينة الزاهرة لا تنتمي الى مسلك واحد من مسالك هذه الحياة العديدة فكان عليّ ان اراعي موقفي ومستلمي وان اسلك في موضوعي طريقاً يتمكن كل منكم ايها السادة ايّاً كان القرع الذي ينتمي اليه ان يستخلص منه بعض الفائدة. فليس الموضوع طيباً بحتاً ولا علمياً خالصاً ولا اجتماعياً صرفاً بل هو مزيج من هذا وذاك وعنوان موضوعي « فورونوف والمجتمع البشري »

فورونوف ايها السادة هو احد الاطباء الذي طبقت شهرته الخافقين . هو احد النوابغ الذي بعد ان فكّر في قضية سبقه اليها بعض من تقدمه من العلماء قام بابرازها الى حيز العمل فخلد له بها اسماً سيبقى منقوشاً في تاريخ الطب والاقتصاد والاجتماع ما كرّ الجديدان فليس هو بالطبيب فقط الذي تنحصر شهرته في دائرة الطب الضيقة اذا قيست بدوائر الحياة العديدة ولا هو بالاقتصادي فقط الذي يقف صيته حيث تنتهي حدود هذا العلم ولا هو بالاجتماعي فحسب الذي وان اتسعت دائرة عمله لاتساع دائرة هذا العلم وإحاطتها بدوائر الحياة الاخرى . يبقى في عزلة عن الكثيرين بل هو ذلك الرجل الذي عرف ان يضع نفسه في كل دائرة من هذه الدوائر بل ان يكون المحور الذي تدور عليه كلٌ منها فكان له ذلك الصيت الطائر العاطر الذي لم يبلغه سواه .

فورونوف اسم يردده الشيخ الذي يرى في الشيخوخة عبثاً ثقيلاً فيعقد بنودَ الامل عليه مؤملاً ان يلاقي فيه ما يخفف عنه وقرّ الشيخوخة فورونوف اسم يردده المنهك الذي وهنت قواه العقلية واستولى على عقله الخمول مرجحاً ان يلاقي فيه منبهاً لعقله ومبدداً لخموله . فورونوف اسم يعرفه الصغير والكبير في قارات العالم جميعها وقلمنا نجد رجلاً نال هذه الشهرة الشعبية التي نالها هذا الطبيب .

عرفت دمشق فورونوف وعرفه بعضكم لانه زار مدينتنا في اذار من سنة ١٩٢٨ وأجرى في معهدنا الطبي العربي عملياته الشهيرة على الحرفان امام عدد من الاطباء .

وليست غايته ان يبحث في طريقته العملية وطريقته جراحية تفيد الجراحين فقط بل مرادي ان أبين لكم الأسس التي بنى فورونوف طريقته عليها ثم انتقل في الشق الثاني من خطابي الى اظهار نتائجها في قوى الجسد وقوى العقل وإطالة الحياة واستنتج أخيراً تأثيرها في المجتمع الانساني متى عم استمالتها فإهي تلك الاسس التي بنى عليها فورونوف طريقته ؟ ان هذه الاسس علمية بل هي فلسفة حياة الخلايا التي لا يدركها إلا من تعمق في درس اسرار الحياة وجد في كشف غموضها .

هذه الاسس هي تلك انواميس التي تتبعها كل خلية من الخلايا التي تألف منها جسدنا الحي ولا تحيد عنها لانها متى جنحت عنها تلاشت وادركها الموت .

هذه الاسس هي ذلك الائتلاف الذي يربط كل ذرة من ذرات جسدنا بعضها بالآخر فيؤلف منها مجموعاً تتم فيه من المعجزات ما لم يتوصل الانسان حتى الآن الى فهم دقائقه وكشف غوامضه . وما طريقة فورونوف الاسر من اسرار جسدنا الكثيرة كشفه هذا النابغة بعد ان عجزت القرون الاخرى عن جلائه فكان منه نور لامع أضاء به الطريق الذي سلكه فأوصله الى الطريقة العملية بعد ان كان كشفه علمياً بحثاً

وهذه الاسس سأنبها لكم ايها السادة مبتعداً عن التعقيد ما امكن وجاعلاً ايها في قالب يسهل فهمه ويزيل عنه النظر العلمي الحشن الشائك .

في جسد الانسان نوعان من الخلايا : الخلايا الشريفة او الاساسية التي تتنوع وظائفها بتنوع العضو الذي تنتمي اليه والخلايا الضامة التي تقوم بوظيفة

تأليف تلك الخلايا وضما كما يتبين من اسمها . فلو اخذنا دماغ الانسان وهو اشرف عضو فيه لالفناه مركباً من هذين النوعين : من الخلايا العصبية او الدماغية وهي التي تقوم بوظائف الدماغ جميعها من حس وحركة وقوى عاقلة والخلايا الضامة التي تؤلف تلك الخلايا العصبية وتدعمها وما يقال في الدماغ يقال في اي عضو كان من اعضاء الجسد الاخرى .

وما سبب الموت اذا استثنينا الامراض والطوارئ التي تطرأ على البنية فميتها موتاً سريعاً الا ناشئاً من اختلال التوازن بين الخلايا الضامة والخلايا الاساسية فتي اشتعلت هذه القوضى في الجسد سار الانسان الى الموت لان الخلايا الضامة التي تلعب دوراً مهماً في بناء جسدنا بضمها الخلايا وإعدادها لها وسادة تضطجع عليها تطمو على الخلايا الجوهرية وتحل محلها . فهي لا ضرر منها البتة ما زالت لا تتجاوز الحد الذي وضعت لها الطبيعة لان وظيفتها الجمع والتأليف ليس غير وهي شديدة الضرر متى تجاوزت حدها وخنقت الخلايا الاساسية لانها لا تستطيع القيام بما تقوم به تلك . مثال ذلك : لو حلت الخلايا الضامة مكان خلية السكوية الجوهرية لما تمكنت من القيام بوظيفة السكوية وهي افراز البول وتصفية الدم وتنقيته من السموم ولحدث تصلب السكوية المفضي الى الموت .

ولو حلت مكان خلية الكبد لما استطاعت القيام بوظائفها العديدة من افراز الصفراء وتعديل السموم وخزن السكر وسوى ذلك ولا أدى الامر الى قصور الكبد والموت ايضاً

ولو حلت مكان خلايا الدماغ لما تمكنت من إيفاء وظيفة الدماغ من حس

وحركة وقوى عاقلة ولا يصيب الدماغ بالتصاب فاختلفت وظيفته وكانت الامراض العديدة من شلل واضطرابات حس وامراض عقلية . وما يقال في السكينة والكبد والدماغ يقال في كل عضو من اعضاء الجسد في الشرايين والقلب وسواهما .

فسبب الموت اذن هو هذه القوضى الطارئة على خلايا الجسد وحلول الخلايا الضامة مكان الخلايا الجوهرية الشريفة . وقبلما تشتعل نار هذه القوضى في الحداثة لانها مظهر من مظاهر الشيخوخة لا بل هي الشيخوخة نفسها فاذا كان الامر كذلك فهل نحن نقوى على قمع هذه القوضى ؟ ام هل نستطيع ان نؤخر حدوثها اذا كنا عاجزين عن دفعها لكي نطيل زمن شبابنا ونوسع عهد نشاطنا ؟

هذا ما فكر فيه فورونوف وسمى الى تحقيقه . جواباً اقول يخيل الينا بادئ ذي بدء ان الامر ممكن لاتنا كثيراً ما نخرج ظافرين من عراق حامي الوطيس مع مرض حاد يهاجم جسدنا مثال ذلك لو اصبنا بذات الرئة فانت المكورات الرئوية (او العامل المرضي المحدث لذات الرئة) واحتلت رئتنا واحالتها نسيجاً شبيهاً بنسيج الكبد وبعثت بمفرزاتها السامة في دمنا تسممه وكادت تقضي علينا لاتصرتنا على هذا المرض الشديد الوطأة بعد ان تنقضي مدتهولاً حرزنا النصر عليه في اليوم التاسع هازئين بذلك العدو المهاجم ولكن ليس الامر كذلك مع الخلايا الضامة لان هذه الخلايا يسهل التغلب عليها لو كانت عدواً خارجياً غير انها عدو داخلي وصديق في آن واحد فهي اخلص صديق ما زالت محافظة على مركزها واشد عدو متى

تجاوزت حدها وحلت مكان سواها .

فما تقوم به اذاء طفيلي البرداء (اي المalarيا) متى دخل دمنا وحدث فينا نوبته الحادة باخذنا الكينين لا تقوى على القيام به ازاء الخلية الضامة لانها ضرورية لربط الخلايا الاخرى فوظيفتنا اذن لا تقوم بقتل الخلايا الضامة بل بتقوية الخلايا الشريفة وتنشيط حياتها وتزويد متانتها منعاً لضمورها وحلول الخلايا الضامة محلها . فهل لنا ذلك ؟

سؤال غامض تصعب الاجابة عنه لان الانسان عمل على اطالة الحياة منذ أبصر النور ورأى الموت امامه يفر فاه في كل يوم فيتلع عدد العديد من ابناء هذه البشرية فكان يعد الى أمور شتى لا يلبث المستقبل ان يبين فسادها . واذا تصفحننا تاريخ هذه القضية التي نحن بصدها واعني بها محاربة الشيخوخة رأينا عدداً من النوابغ قد استلوا سيف الجهاد وتركوا في هذا المضمار أثراً لم تلبث ريح التحقيق ان عصفت عليه فعمته منهم برون سكوار وستاناش وليكتنستارن ومارينسكو ودرتيغ ودوبلر وكوشر وجافورسكي . غير ان الاثر الذي تركه فورونوف هو الاثر الذي يرجى له البقاء ظوياً . والعلم الحاضر يجد في كشف هذا السر الذي يكتنف الغموض جميع اطرافه وهو عمل لم يبدأ الا منذ زهاء ثلاثين سنة يقوم بفهم جسدنا وعلاقة كل من اعضائه بالاقسام الاخرى . فقد كنا نعلم فيما مضى ان الدماغ يرئس الحركة والحس ويقوم بوظائف النفس وان القلب يحرك الدم وان الكلية تصفيه من السموم وهذا جل ما كنا نعرفه عن هذه الاعضاء ولكننا لم نكن نعلم الدافع الذي كان يدفع كلاً من هذه الاعضاء الى القيام بعمله بلا انقطاع منذ

نشأته حتى موته الى ان جاء كلود برنار الشهير فالتقى نوراً على هذا الامر الغامض فقد لاحظ هذا العلامة ان الشخص الذي تستأصل غدته الدرقية يخذ دماغه ويفقد ملكاته العقلية وان الشخص الذي تضخم فيه هذه الغدة يتنبه دماغه وجهازه العصبي تنبهاً شديداً ويصاب بالرعشة وجحوظ العين وغيرها من العوارض وان استئصال الغدة الملحقة بالدرق يسبب التكرز (tétanie)

ويمت بعد بضعة ايام وان استئصال الكظر (او غدة ما فوق الكلوية) يسبب وهناً عضلياً شديداً يعقبه الموت وان استئصال الغدة النخامية (وهي غدة في الدماغ) يميت بعد يومين او ثلاثة ايام وان لهذه الغدة فصين فصاً امامياً يُنمي العظام إنماءً شديداً. فيعود الشخص من العمالة متى تضخم وتقصّر العظام متى ضمّر فيبقى الشخص قزماً وفصاً خلفياً ينبه مفرزة اللبن والبول وتقلص عضلات الاحشاء وان الغدة الصنوبرية تؤثر في اعضاء التناسل غير ان العلم لم يكفل بحثه فيها .

كل هذه الاسرار لم تكن معلومة في الماضي وقد عرفها العلم الحاضر اذن ليست اعضاءنا الرئيسة مستقلة في عملها بل تستمد نشاطاً وقوة من غدد صغيرة مرت الوف السنوات على الانسان وهو يجهل أمرها .

فاذا اختلفت هذه الغدد اختلفت الاعضاء الرئيسة نفسها وكان الموت . وما يقال في الانسان عن هذه الغدد يقال ايضاً في الحيوان لان غدده مماثلة بمفرزاتها وتأثيرها لعدد الانسان نفسه ولهذا تستخدم غدد الحيوانات في تطعيم الانسان فلو طعم الانسان بغدد بعض الحيوانات اثر مفرز هذا الطعم الداخلي باعضائه كما لو كان الطعم بشرياً والعكس صحيح ايضاً واعني بذلك انه اذا طعم

الحيوان بغدة مأخوذة من الانسان كان فعلها فيه شديهاً بفعلها في الانسان وما ذلك الا لان الغدة تفعل بفرزها الكيماوي الذي تفرزه وهو واحد في الانسان والحيوانات .

غير ان ما يختلف هو جوهر النسيج التي تقبل هذا المؤثر ودرجتها في الكمال وارتقاؤها في سلم النشوء فلو طعم الكلب بغدة الانسان الدرقية نهت هذه الغدة فيه وظيفة دماغه المناسبة لطبيعته اي عاطفة الامانة وعلى العكس اذا طعم الانسان بغدة الكلب الدرقية تنهت في دماغه الوظائف السامية التي يقوم بها دماغ الانسان الفكر والذكاء والذاكرة وغير ذلك .

وفي كلامي هذا جواب على نقد وجهه احد الزملاء على صفحات احدى المجالات الطبية الى طريقة فورونوف فقد ظن ذلك الزميل ان تطعيم الانسان شبيه بتطعيم النبات وان الطعم الذي ينمو في الانسان يكسبه خواص الحيوان المستل الطعم منه مع ان الامر مختلف كل الاختلاف حسبما ذكرت لان وظيفة هذا الطعم افراز مفرز منبه للخلايا الشريفة التي شاخت ولان هذه الخلايا بعد تنبهها تعود اليها خواصها التي كانت قد فقدتها غير مكتسبة خواص الحيوان الذي اخذ الطعم منه

وهذه الغدد تفنئها تضمر متى قدم العهد عليها فتميز عن خلاياها الشريفة خلايا ضامة كما هو الامر في سائر الاعضاء فتليف وتصلب وتشيع ويتجه جسدها الى الموت المحتم وكما كانت الخلايا مرتقية في سلم الكمال وكانت معدة للقيام بعمل خاص بها اسرعت بالضعف والضمور واعاضت عنها خلايا ضامة فما عساها ان تكون اذن خلايا هذه الغدد النشيطة التي لا يتجاوز

بعضها حجم اللوزة وليس فيها من الخلايا الشريفة غير القليل مع ان العمل الذي تقوم به عمل كبير جداً. فحياتنا وسعادتنا في هذه الدنيا تقوم ان اذن بمساعدتنا لهذه الخلايا الشريفة في اعضائنا وموتنا الذي لا مناص منه يقوم بشيخوختها فهل هذه المساعدة متيسرة لنا ؟

ان الخالق الذي اوجدنا لنحيا وضع فينا غدة تقوم بهذا العمل الكبير لان مفرزها يؤثر في معظم اعضائنا او بالاحرى في البنية جميعها وما هذه الغدة غير الغدة التناسلية او الخصية .

هذه هي الغدة التي توزع القوة وتنشط جميع اعضاء جسدنا الذي تعمل فيه الوف الملايين من الخلايا بلا انقطاع ولكل منها عملها الخاص .
هذه هي الغدة التي تفرز الحيوينات المنوية للاقاح البويضات والتناسل غير انها في الوقت نفسه تفرز مفرزاً متى سار في الدم حمل الى جميع النسيج القوة والنشاط والشباب فقد وضعت الطبيعة في هذه الغدة وحدها ينبوع الحياة وينبوع تجديد النسل .

الى هذه الاسس ايها السادة تستند طريقة فورونوف واذا اختصرنا قلنا ان في الجسد خلايا شريفة وخلايا ضامة وان الشيخوخة هي تلاشي الخلايا التي تتألف منها جميع اعضائنا وتؤثر فيها مفرزات غدد تسمى الغدد ذات الافراغ الداخلي وان مفرز الخصية اشدها تأثيراً فشيخوخة الانسان هي شيخوخة خصيته وفتوته هي خصب خصيته او تطعيمه بخصية جديدة تفرز مفرزاً جديداً تقوى به الاعضاء السائرة في الجسد .

هذا ما يقوله فورونوف وما يثبت العلم وقد اورد فورونوف لاثبات

قضيته كثيراً من الشواهد التي لا تقبل الرد .

فقد درس الامر اولاً في الحيوان ثم عاد الى درسه في الانسان .

فاذا خصي الديك ذبل عرفه وامتنع عن الصباح وفقد نشاطه وحماسة
وخذت غريزة السيطرة فيه .

واذا خصي كلب الصيد خسر كثيراً من صفاته الحسنة الدالة على ذكائه
وانحط عن الكلاب الاخرى

والامثلة كثيرة على ذلك يطول بنا عدّها

اما الانسان فلا تجيز القوانين خصيه لدرس العوارض والتبدلات التي
تطراً عليه بعد الحضي غير ان درس المخصين في مصر والاستانة كان امثلة
كافية لمعرفة هذا الامر وقد استفاد فورونوف اثناء اقامته في مصر من احتكاكه
بهذه الفئة ودرس طباعها والتبدلات التي كانت تطراً على اجسادها وعقولها
بعد الحضي الفائدة الكبيرة . فاوحى اليه هذا التأمل طريقته وكشف له
الطريق الذي سلكه فقد لاحظ ان المخصي اذا خصي بعد البلوغ يتأثر
شعر وجهه ويترهل جدها ويشابه منظره منظر النساء المسنات ويسمن بدنه
ويجسم ثدياه وتضعف عضلاته ويسترخي قوامها ويلطف صوته ويقل نشاطه
ويشيخ باكراً ويتجمع جلده في الاربعين او الخمسين ويتوسف وتظهر على
قريته دائرة الشيخوخة وقلمها يطعن في السن ويفقر دمه وبكلمة واحدة
تضعف قوى اعضائه الجسدية جميعها وتحد ذاكرته وينقص ذكاؤه وتخشن
عواطفه ويستولي عليه الخوف فيفقد الجرؤة ويضحي بشرفه لاقل امر .

ولنا امثلة أخرى في الانسان يستطيع درسها اعني بها الاشخاص الذين

يفقدون خصاهم لطوارىء تطراً عليهم او لأمراض تصيبهم فتستدعي استئصال غددهم فان هؤلاء تعثرهم التبدلات المذكورة آنفاً .

وكذلك القول في من يولدون وخصاهم ضامرة وفي الحياة عدد عديد من هؤلاء ألسنا نرى من آن لآخر رجالاً متأثّين مرطاً الوجوه مجمعي الجلود لطفاء الاصوات تبدو عليهم الشيخوخة المبكرة فهؤلاء جميعهم قد ذبلت خصاهم ونضب افرازها الداخلي او قل

ويستطاع اثبات الامر بضده فتى كانت الخصيان كبيرتين او احدهما جسيمة او متى ولد الولد بثلاث خصى كان منظره معاكساً للشهد الاول والمجالات الطبية تورد لنا آونة بعد أخرى مشاهدات من هذا النوع فقد ذكر الاستاذ مارو (Marro) حادثة ولد في التاسعة من عمره بنت لحيته وذو شارباه وكان منظره منظر شاب له من العمر عشرون سنة على الرغم من قصر قامته وكان نشاطه شديداً وعضلاته مفتولة وعقله يفوق ابناء سنه وما ذلك الا لان احدى خصيه كانت جسيمة للغاية فبال امره ابويه فذهبا به الى من استل له تلك الخصية فلم تمر بضعة اشهر عليه حتى تناثر شعر وجهه وصغر حجم عضلاته وخفت قوى عقله وعاد ولداً مناسباً لابناء سنه .

كل هذا يبين لنا ان الخصيين لا يؤثر مفروضهما الداخلي في الصفات التناسلية فقط بل في القوتين الجسدية والعقلية ايضاً وما يقال في غدة الرجل التناسلية يقال ايضاً في غدة المرأة التناسلية او المبيض فاذا نزع المبيض والمرأة فتية شاخت بسرعة واذا كان المبيضان جسيمين سرعانما الابنة واحداثا اعراضاً شبيهة بما تحدثه الخصيان الجسيمتان . وقد نشرت المطبوعات الطبية

منذ يضع سنوات صورة ابنة عمرها ثلاث سنوات واحد عشر شهراً كان منظرها شيئاً بمنظر ابنة لها من العمر اربع عشرة سنة لان احدها مريضها كان جسيماً .

والشيخوخة ايها السادة هي نوع من الخصى لان الطبيعة تخصي الرجل والمرأة وتعاقب السنوات يصب الغدد التناسلية ويجعل الخلايا الضامة تستولي على الخلايا الشريفة فيعود منظر الشيخ شيئاً بمنظر الخصى بما يتعلق بصفات جسده وعقله .

واذا شذ بعض الشيوخ عن هذه القاعدة فتكون الطبيعة قد شذت في عملها فيهم ايضاً اعني بذلك انها تكون قد أخرجت تصلب خصاهم فبقيت تفرز مفرزها حتى الشيخوخة وتجدد شبابهم والبراهين عديدة علي ذلك غير ان نشر الاسماء متعذر لان هؤلاء الاشخاص يخفون عن اطباءهم هذا الامر وقلما نجد من يجاهر به اذا استثنينا بعض الشعراء الذين يظنون يتغنون بما يخالج قلوبهم من الحب والشاعر الفرنسي العبقري فيكتور هينغو اكبر مثال علي ما اقول فان زهرة الحب لم تذو في قلبه حتى الثمانين من عمره .

بعد ان عرف فورونوف كل ما ذكرت ايها السادة فكر في ان يعيض عن الخصى اللتين تصلبتا وذبلتا وفقدتا وظيفتهما المجددة للشباب بخصية مأخوذة من خليقة فية ولما كان الامر متعذراً في الانسان لان القوانين لا تجيز له التصرف باعضائه وهبتها ولو اراد فكر في الحيوان الاشد قرباً من الانسان بتركيب جسده وكريات دمه، فكر في بعض انواع القروود ولا سيما البعأم

(او الشمبزي) وبدأ يطعم الانسان بخصية هذا القرد فكان له ان دفع عن الانسان وقر الشيخوخة .

هذه هي الاسس التي تبنى عليها طريقة فورونوف اوردها باختصار لان التوسع فيها يستغرق وقتاً طويلاً لا يفسح له مثل هذا المقام .
بقي علي الآن ان ابين نتائج هذه الطريقة اولاً في الجسد ثانياً في العقل ثالثاً في إطالة الحياة .

يؤثر التطعيم في الجسد تأثيرات عديدة تبين بجملاء ما للمفرز الحسوي من الفعل العجيب

فهو اولاً ينبه القوة التناسلية وليس هذا بالامر الذي يرغب فيه الانسان عادة متى هرع الى الاختصاصي سائلاً اياه ان يطعمه بخصية قرد فتي لان الشيخ بعد ان يكون قد قضى حياة طويلة واكمل بها دوره التناسلي ينظر الى اعباء هذه الحياة التي تثقل كاهله فيرغب في زحزحتها عنه وقلم يفكر في التصابي والعودة الى مغازلة الحسان واذا طالعنا الاحصاء الذي وضعه فورونوف رأينا ان الذين طعموا بغية استعادة القوة التناسلية لا يتجاوزون ثلاثة في المائة على ان التطعيم لا يعيد هذه الخاصة التناسلية الا متى كانت خصيا الشيخ لم تبلغا من التصلب حدما الاقصى لان التطعيم لا يحمي الميت بل ينبه الحياة الذابلة

وقد اورد لنا فورونوف شواهد عديدة بين فيها ان القوة التناسلية قد تنهت تمام التنبيه اثر التطعيم في اشخاص كانوا قد فقدوها منذ زمن طويل وكثيرون منهم تزوجوا في الثمانين من عمرهم ورزقوا اولاداً بعد هذه السن .

٢ — خفة الانقباض واعني به فرط السهانة . ترون ايها السادة حيث سرتم اشخاصاً يتجاوز وزنهم مائة كيلو اشخاصاً يحملون حيث ساروا هذا الحمل الثقيل ولا يجدون الى القائه عنهم سبيلاً . ان هؤلاء تكون مفرزات غددهم الداخلية قد قلت او اختلت ولا سيما مفرزات خصاهم فطمت الخلايا الشحمية في اجسادهم على الخلايا الشريفة وحلت محلها فاذا جددنا فيهم هذا المفرز الخصوي ، اذا طعنناهم بخصية جديدة ترسل الى دمائهم هذا السائل المنبه خفت وطأة تلك الشحوم وفقدوا كثيراً من وزنهم وطرحوا عنهم ذلك الحمل الثقيل الذي القته الطبيعة على اكتافهم فان احد مطعمي فورونوف فقد في بضعة اشهر عشرين كيلاً من وزنه والامثلة عديدة على ما اقول .

٣ — انقاص التوتر الشرياني : شرايين الانسان مرنة لينة غير ان مرور السنوات يصلبها ويقسيها لان الخلايا الضامة فيها تحل محل الخلايا الاساسية وكذلك القول في الكليتين فتى صلبتا ارتفع توتر الدم في الشرايين واضطر القلب الى مضاعفة عمله للقيام بارسال الدم في شرايين صلبة لا تساعد بمرونة جدرانها على عمله فيضخم ويتسع ويرتفع التوتر الشرياني وبعد ان يكون في الشاب المرنة شرايينه ١٣ يبلغ العشرين ويتجاوز هذه الدرجة احياناً وهذا الامر لا مناص منه لان العمر اشبه شيء حسب تشبيه بعضهم بالصداء الذي يعلق بتلك العروق الدموية ، فاذا ما طعم الشيخ المتصلب وبث ذلك الطعم بمفرزه الحي في الدم ونبه تلك الخلايا الشريفة دبث فيها روح الحياة والتجدد فلانت العروق وانخفض توتر الدم وهذه الحادثة التي لا يدركها

غير الطيب ولا يعبأ بها المرضى لانهم لا يفقهون اهميتها أكبر دليل على ما للطعم الحصري من التأثير في اعادة الشباب لان الانسان بشرايينه فاذا ما صلبت شاخ ولو لم يتجاوز الاربعين واذا ما كانت لينة بقي فتياً ولو تجاوز السبعين فاذا لم يكن للطعم من تأثير سوى هذا الحق لنا ان ندعوه المنقذ الاكبر للشيوخ من عبء الشيخوخة الثقيل .

٤ — قوة العضلات : الطعم يجري في العضلات روح الحياة فينشط الجسد ويقوى ويعود الشخص الى حياة الكهولة والشواهد كثيرة على ما اقول أروي لكم بعضها : استئصلت خصياً شخص لاصابتها بالسل فمرت عليه بضع سنوات دون ان يتأثر تأثراً شديداً غير انه في سنته الثانية والاربعين وهنت قواه حتى تصعب عليه الوقوف فطعم وكانت النتيجة ان عاد اليه نشاط عضلاته الذي كان قد فقده .

شخص آخر في الستين من عمره منفضج ثقل الجسد مثاقل المشية ضعيف العضلات يلهث متى خطا بضع خطى طعم فمادت اليه قوته العضلية حتى انه عاد قادراً علي الصيد وتساق الجبال كأنه في العشرين من عمره .

ه — تحسن حالة المصابين بالتهاب الموتة (البروستاة) متى شاخ الانسان
تضخم موثته وتعثره اختلالات بولية قد تنفضي الى تسمم دمه فوته او تضطره الى اجراء عملية جراحية تستأصل بها هذه الغدة ولا يخلو هذا العمل الجراحي من الخطر بل كثيراً ما تكون نتيجة الموت .

والتطعيم الحصري يحسن حالة الموثين تحسناً شديداً ويزيل الاختلالات البولية التي تعترهم ويخفف عنهم وطأة هذه الحالة المزعجة التي قد تغلب في

بعض الشيوخ على جميع الاضطرابات التي تصيبهم .
يتبين اذن ايها السادة مما تقدم ان الجسد يكتسب من الطعام قوى
لم يكن يحلم بها جدودنا فقد كانوا يصورون لنا الشيخ مقعداً منزوياً في
زاوية بيته قرب المدفأة ولعابه يسيل من فمه ، اذا اراد النهوض احتاج الى
معوونة من يحيط به او اذا رغب في ان يملأ جوفه دفعا للموت الذي
يترصده لا تقوى يداه المرتشتان على مسك المعلقة فينصب ما فيها
على لحيته واثوابه . صورة تهلع لها قلوب من داسوا عتبة التحسين من الحياة
وترتعد لها فرائص من تسلقوا درجة الستين لانها تمثل الانسان باجلى مظاهر
الضعف واهن الجسد والعقل معتزلاً العالم وحيداً حزيناً بعيد في ذاكرته
مشاهد ايام الصبا مردداً مع الشاعر: فيا ليت الشباب يعود يوماً .

هذا الرسم الذي كان يمثل به لنا الاقدمون الشيخ المثقل كاهله
بالسنين ونحن لا نزال نراه لان طريقة التطعيم لم تعم وتنتشر قد تقلص
بفضل الطعام واصبح الرجل في المدى الاخير من حياته قادراً على مجابهة
الشيخوخة ان لم يكن قادراً على مجابهة الموت فهو يبقى الى النفس
الاخير من حياته قادراً على المشي قوي العضلات حتى يأتيه الموت الذي
لا مهرب منه فشتان بين هاتين الحالتين .

اما تأثير الطعام في العقل فلا يقل عن تأثيره في الجسد لا بل يفوقه لان
حلية الانسان عقله فاذا كان مقعداً وبقيت له قواه العاقلة وغل نور
دماغه مضيقاً بيعث بافكاره الوضاعة التي اكسبها الاختبار الطويل سداداً
فانه يظل سعيداً ولو حرم حياة المشاركة لانه اذا تعذر عليه ان يشارك بني

جنسه بجسده الضعيف تمكن من مشاركتهم بمقله النير وكتاباته وافكاره والسواد الاعظم من الذين يطلبون الطعم يطلبونه لهذه الغاية وهذه الغاية فقط فاما ان يكونوا قد فقدوا الذاكرة فيؤملون ان يعاد اليهم ما فقدوه واما ان يكونوا قد خسروا توليد الافكار واحكامها وترتيبها فيرجون ان يستعيدوا ما خسروه واما ان يكونوا قد عجزوا عن الاتيان بأخف الاعمال العقلية لان خلايا دماغهم تكون قد عجزت عن الاتاج فيهرعون الى الطعم ليستعيدوا مقدرتهم على الاعمال العقلية . وفعل الطعم في هذه الحالة عجب غريب فكم من المحامين عادوا الى كراسي المحاماة بعد ان كانوا قد اعتزلوا مهنتهم الحرة لتبدد افكارهم ولمعجزهم عن المرافعة ولصياح ذاكرتهم .

وكم من الاطباء الذين هالهم ما هم فيه من وهن القوى العاقلة وعجزهم عن استجاء افكارهم لتشخيص امراض مرضاهم وتوجيه المعالجة الفعالة اليهم قعبموا في يوتهم واعتزلوا مهنتهم واذا بهم بعد التطعيم يعودون الى مسرح الطبابة كأن حياتهم قد تجددت وكأن الشباب قد عاد اليهم . وكم وكم من الشعراء الذين نضبت قريحتهم وخشنت عواطفهم بعد ان كانت اشعارهم ترنح سامعيا وتسكر منشدتها فاذا بهم يستمدون وحيأ جديداً وينظمون شعراً طريفاً لم ينظموا اجل منه وهم في زهرة حياتهم .

وكم من المؤلفين والعلماء الذين اوقفهم وهن قواهم العقلية عن متابعة اعمالهم فكسروا القلم وقطعوا كل صلة بالكتابة والتقيب فاذا بهم يعودون الى تدبيج المقالات الشائقة ووضع المؤلفات النادرة وكشف الكشوفات العجبية . ولا عجب فانا اذا القينا نظرة على حياة كل فرد من المتفردين التابعين رأينا

ان اعظم الاعمال التي قام بها قد تمت في الزمن الذي كانت به غداته التناسليتان نشيطتين يقول ماشنيكوف وقوله حق هو ان النابغة يفقد كثيراً من نبوغه متى خسر وظيفته التناسلية واكثر النوابغ ان لم تقل جميعهم يتعلق نبوغهم بعددهم هذه وحسن وظيفتها .

فاذا ما أُعيد الى الشيخ الحكيم الذي خبر الدهر وحنكته السنون نشاطه الفدي الذي فقدته كانت له قوة الشباب وحكمة الشيوخ .
فقوى العقل جميعها تتبدل تبديلاً غريباً بفعل الطعم .
لم يبق سوى الامر الاخير من هذا البحث وهو اطالة الحياة .

اذا كان المفرز الحصوي الداخلي يؤثر هذا التأثير الحسن واذا كان الحصييون يشيخون قبل الاشخاص الاصحاء فانهم ولا شك يموتون قبلهم ايضاً واثبات الامر مستصعب على الانسان لانه يستدعي وقتاً طويلاً لم تجتزئه بعد طريقة التطعيم الحديثة غير انه سهل على الحيوانات لان حياتها اقصر من حياة الانسان .

ومع ذلك يقول فورونوف انه بعد ان راقب المخصيين في مصر مراقبة دقيقة عن كتب لم يشاهد واحداً منهم تجاوز الستين . فقد هذا المفرز الحصوي يقصر الحياة اذن وعودة هذا المفرز في سن الشيخوخة تطيل الحياة ودليلنا على ذلك ان الاشخاص الذين خصتهم الطبيعة بعدد تناسلية خصبة غزيرة الافراز حافظوا على خواصهم التناسلية في شيخوختهم بلغوا من العمر مئياً والتاريخ يروي لنا بعض من اشتهروا فان غات (Goeth) قد عشق في نضته الثمانية والثمانين ماريان يونغ التي كانت في العقد الثاني من عمرها .

وتوماس بار (Thomas Parr) الذي دعاه بملك الإنسكان في سنته المائة والثانية والثلاثين تزوج في السنة المائة والتاسعة عشرة وكانت خصياه جسيمتين وبقي قادراً على اجراء المناسبات التناسلية حتى سنته المائة والعشرين وبتر البرخت (Peter Albrecht) الذي عاش مائة وثلاث وعشرين سنة تزوج في سنته الثمانين ورزق سبعة اولاد .

وجورج دوغلاس عاش مائة وعشرين سنة وسبعة اشهر وتزوج في الخامسة والثمانين ورزق ثمانية اولاد وولد ابنه الاخير اذ كان عمره مائة وثلاث سنوات

والتاريخ يذكر كثيرين من هذا النمط ويبين بجلء ان الذين يطعنون في السن يحافظون على وظيفتهم التناسلية في شيخوختهم ولما كانت وظيفة الخصية التناسلية وافرازها الداخلي يسيران جنبا الى جنب كان ذلك دليلاً على ان هذا المفرض يطيل الحياة .

اما في الحيوانات فقد دلت الاحصاءات البيطرية ان الحيوانات المخصية اقصر عمراً من غير المخصية واذا كان الامر مستصعباً اثباته في الحيوانات المعدة للذبح كالبقرة والغنم فليس الامر كذلك في الخيل . يقول ثروات ان معدل حياة الحصان المخصي اقصر من حياة الحصان غير المخصي بما يعادل الربع وقد دلت اختبارات فورونوف على الحيوانات المطعمة ان حياتها تطول فقد طعم ككبشاً في سنته الثانية عشرة فعاش وهو ممتلئ نشاطاً حتى العشرين . والسنة العشرون من حياة الكبش تعادل في الانسان المائة والستين لان شيخوخة هذا الحيوان تبدى في السنة التاسعة واقصى حياة يصل اليها

لا تتجاوز الرابعة عشرة فيكون الطعم قد اقصى الشيخوخة عن الكشف لانه بقي الى آخر ايام حياته نشيطاً يقوم بوظيفته التناسلية حتى الموت واطال حياته في الوقت نفسه زهاء خمس سنوات .

والاختبارات من هذا النوع عديدة اضرب صفحاً عنها غير انها تبين بجلاء ان الطعم يطيل الحياة ايضاً ولا يؤخر الشيخوخة فقط .

اما الآن وقد نينا فعل هذا الطعم في الفرد وقد عرفنا انه ينه القوة التناسلية ويخفف الشحامة وينقص الضغط الشرياني ويقوي العضلات ويحسن حالة المصابين بالتهاب المoothة (اي البروستاة) وبعد ان عرفنا فعله هذا في الجسد وادركنا من جهة ثانية انه ينه الذاكرة والقوى العاقلة جميعها ويطيل الحياة فنستنتج ان فعله في المجتمع البشري ليس سوى صورة مكبرة لقعله في فرد من افراد هذا المجتمع فهو اذن يرفع مستوى قوة المجتمع الجسدية ويدفع كثيراً من الامراض فتزول به متى عم استعماله :

دور العجزة او تقل لان هذه الدور مأوى الشيوخ العجزة في معظم الحالات وقد يأوي اليها بعض المرضى المصابين بآفات تقدمهم عن العمل وهم قليلون . هذه الدور هي الامثلة الكبرى التي يترتب على الشاب متى اتسمت مداركه ان يقرأها ويحفظها لانه يرى فيها ما لا يراه في العالم وهو يمرح في غذواته وروحاته بين الانس والطرب وهو الحياة . يقرأ في تلك الدور المرحلة الاخيرة التي يصل اليها الانسان النشيط ويدرك الضعف المتناهي الذي يحل به فيتعظ ويقصد بقواه الجسدية ولا يبذرهما نادماً عليها اذ لا ينفع الندم .

هذه الدور هي العبرة الكبرى التي يجب على الكهل ان يتأمل فيها ويتمثلها في كل يوم من ايام حياته لان مصيره اليها ان لم يكن في دور المعجزة العامة في داره الخاصة بين اهله وانسابه واذا ما تأمل فيها ابتعد عما يرهق قواه ويبدها

هذه الدور ايها السادة التي تمثل لكم الانسان باسبع مظاهر الحياة . هذه الدور التي لا يأوي اليها الا من قوست ظهره السنون وارجفت قدميه الشيخوخة واوهى قواه الكبير ، هذه الدور تزول اذا ما عمت طريقة فورونوف وانتشرت .

ولكن ليست هذه الدور وحدها تندك الى الحضيض وتقام مساكنها النوادي العلمية والادبية بل ان دوراً أخرى يعفوا اثرها ايضاً ، دور تسكنها فئة من بني البشر يدمى قلب الانسان متى نظر اليها ويندوب أسمى متى أجال الطرف فيها فرأى اخوة له في البشرية أدى بهم الامر الى هذه الحالة التاءسة واعني بهذه الدور مستشفيات الامراض العقلية . ان كثيرين ممن يأوون الى تلك الدور ولست اقول كلهم ينجم اختلال عقولهم من تشوش غددهم الداخلية الافراغ فاذا ما اصلحت تلك الغدد بالطعم الحصوي الذي يؤثر في مفرزات الغدد الاخرى جميعها قلّ رواد تلك الدور واصلحت حالة البشرية .

ان الطعم متى عم لا يزيل من المجتمع دور المعجزة فقط ولا ينقص المعنويين والمحتلي الشعور فحسب مع ان هذين الامرين اذا أزيلا كان من زوالهما ازدهار للبشرية لا يعادله ازدهار بل انه يفعل اكثر من ذلك انه

يرفع مستوى قوة المجتمع العقلية وينشط العلوم والفنون وهذا الامر يسهل فهمه ايها السادة خذوا مثلاً لكم اديسون العالم الكهربى الشهير الذى اجتاز عتبة العقد الثامن ولا يزال يفتح العالم باختراعاته العجيبة لقد بلغ هذا العالم من الحكمة والاختبار والعلم مبلغاً قلما يصل اليه انسان فاذا ما بقيت لهذا العلامة في سنوات حياته الاخيرة قواه العقلية اذا ظل لجسده من النشاط ما لا يمنعه عن اجراء اختباراتهِ التي تستدعيها الكشوف العلمية ازدهر العلم به وفي كل بلد من المعمور اديسون ان لم يكن بالعلم الكهربى ففي العلوم الاخرى والفنون والآداب والشعر فاذا حافظ العالم على نوابغه حفاظه على الدرر الغوالي واطال حياتهم بالوسائط العلمية التي يملكها أثرت حياة هؤلاء الافراد في ازدهار المجتمع البشرى ورقيه .

ان التوسع في هذا الامر يستغرق وقتاً طويلاً ومثال واحد يفينا عن الامثلة العديدة .

وقبل ان اترك هذا المنبر لابد لي من أن اطلعكم على أمرٍ تطمح اليه نفس فورونوف امر لم يتوصل هذا العلامة الى تحقيقه حتى الآن لان بعض العقبات يقوم في وجهه مع انه مبني على العلم والمنطق . ان فورونوف يسعى الآن الى إيجاد طبقة من البشر اسمى من الطبقة الحاضرة . ربما تعجبون لسماح مثل هذه الاقاصيص وليس في الامر ما يدعو الى العجب ليس فيه خروج على قوانين الطبيعة ولا على المعتقدات بل الامر سهل فهمه اذا ما عرفت الطرق التي يرغب فورونوف في سلوكها وصولاً الى غايته .

لاحظ فورونوف ان الكبش القتي اذا طعم بخصية كبش بالغ اكتسب

نشاطاً وقوة يفوق بهما الحرفان السائرة وان كلب الصيد الصغير اذا طعم
بخصية كلب بالغ بلغت غريزته حداً بعيداً لا يصل اليه كلب غير مطعم. فاذا
قيس الامر على الانسان يقال ان الولد الصغير قبل البلوغ اذا طعم بخصية
قرد بالغ اكتسب جسده من النشاط والقوة قسطاً كبيراً وتبتهت قواه
العقلية فمت ذا كرت: وذكاؤه وكان من نوابغ عصره. هذا ما يراد فورونوف
ورأيه عين الصواب غير ان تحقيق هذه الفكرة مستصعب لان الشيخ اذا
هرع الى فورونوف ليخفف عنه بعض صعوبات الحياة فان الولد لا يهرع
اليه وهو ممتلىء نشاطاً وقوة وان والديد لا يلقيان به بين يدي الجراح
لاجراء هذه العملية ولو كانت سهلة خالية من الخطر غير ان المستقبل سيبلغ
فورونوف هذه الامنية على ما ارى .



فمضى ان يكون كل منكم ايها السادة فورونوف امته فيجدد نشاطها
ويجري روح الحياة في عروقها ويميد اليها مجددا الزاهر الغابر ويبرهن لناظر
الينا انا امة اذا اقامتها حوادث الدهر وثلث حركتها لا تزال حية بعلومها
حية بفنونها حية بأدابها وان ذلك الدم العربي لا يزال يدب في عروقنا نقياً
طاهراً متحدرأ من دماء اولئك الجدود النوابغ الذين تركوا لنا في التاريخ
اسماً خالداً واوصونا بالجري على خطتهم المثلى . ومن اجدر منكم ابناء دمشق
وسكان عاصمة الامويين باذكاء جذوة العلم وبعث نوره الوضاء جرياً على مثال
جدودكم الامائل



الاقساط (Les ankyloses)

للدكتور لويس كل استاذ السريريات الجراحية

ترجها الدكتور مرشد خاطر

يقال ان في المفصل قسماً متى انحنت بعض حركاته الطبيعية او جميعها .
وينجم هذا القسط المختلف الدرجات من التحام المشاشتين (épiphyses) في
المفصل اتحاداً قسماً او تاماً . وهو النهاية المفصية اليها التبدلات الالتهابية
التي تطرأ على جميع عناصر المفصل في سياق التهابه او بعده .

والقسط من الوجهة التشريحية لبني او عظمي اي ان الالتحام فيه
يتم مباشرة او بنسيج لبني معترض والقسط اللبني متى كان مشدوداً
شابهت اعراضه القسط العظمي . والقسط مركزي في الغالب يزول فيه
الجوف المفصلي وقد يكون محيطياً . تتكثف الربط والمحفظة وانكماشهما
وتكلسهما ايضاً وتجه الاوعية والاعصاب الى الانكماش فيجب ان ينبه
لهذا الامر لئلا تقطع متى اريد اصلاح القسط بالتمديد العنيف .

والاوتار منكماشة حتى انها قد تستدعي القطع والاعشية نفسها قد
تتكثف مع تصلبات ليفية في الادمة . وربما كان للطرف جميعه منظر سي حقير .
ومتى كان المفصل سليماً لا يصاب بالقسط ولو ثبت مدة طويلة والدليل على
ذلك انه متى نزع طرف مسلول من جهازه الجبسي بعد ان يكون قد ثبت
سنوات عادت الى جميع المفاصل السليمة حركاتها الا المفصل الذي كان

مسلولاً فهو وحده يصاب بالقسط .

وبعض الاقساط يخشأها الجراح ويصنع جهده لتحاشيها بالتحريك الواقي وبعضها يتطلبه لانه الغاية التي يرمي اليها . فالاقساط الاولى تعقب التهاباً مفصلياً رضيعاً لا جرثومياً ولكنه مرافق للكسور أو للخلوع التي تبدل شكل النهايات العظمية او مجاوراتها . او تلي التهاب مفصل متعرج نجم من جرح مفصلي او التهابات ناجمة من تعفن عام بالمكورات البنية (غونوكوك) او حمى النفاس او تعفن منتشر من الجوار : التهاب العظم والنقي (osteomyélite) التهاب الاذن . فجميع هذه الآفات تفضي الى القسط ولهذا كان الخوف من القسط الامر المتغلب في سياق الآفة وكان توجيه المعالجة اليه واجباً وتنقسم الاقساط قسمين : الاقساط الرضية والاقساط المرضية .

والاقساط الثابتة هي التي يتطلبها الجراح لانها واسطة الشفاء كما في التهابات العظم والمفصل السلية وفي تثبيت مفصل رخو فهذه الاقساط هي الاقساط العلاجية .

وعلى الجراح ان يتحاشى الاولى ما امكنه اما اذا وقعت على الرغم من جهوده فتكون النتيجة سيئة وقد يضطر الجراح الى فك هذا الالتصاق لاعادة المفصل الى حركته متى انطقاً عامل التعفن .

وعليه ان يحدث الثانية ويدعمها اذا لم يكن الالتصاق مشدوداً ومتى تكونت عدت النتيجة حسنة وكان عليه ألا يمد اليها يداً ثلثا تنبه الآفات الكامنة . فخطئة الجراح اذن مختلفة كل الاختلاف في هاتين الحالتين وبعد ما تقدم نقول ان الاقساط في وضع حسن او سيء فهي في وضع

حسن متى كان اجراء الحركات الاساسية المفيدة ممكناً وهذه الاوضاع معروفة في الكتف بعض التباعد (abduction) مع دوران العضد قليلاً الى الوحشي . وفي المرفق الزاوية القائمة او الحادة قليلاً مع وضع الساعد في الكعب (pronation) والابهام الى العالي . غير ان الزاوية المنفرجة مفضلة في بعض المهن كالزراعة .

وفي معصم اليد انبساط خفيف ١٥ - ٢٠ درجة . وفي الفخذ التقويم مع تباعد معتدل (abduction) وفي الركبة التقويم انبساطاً وفي القدم الزاوية القائمة .

لا نجهل ان الحركات في هذه الاوضاع لا يستطيع اجراؤها بدون بعض الانزعاج غير ان الوظائف الاساسية تتم بسهولة فضلاً عن ان بعض المصابين بالقسط يصلحون عليهم هذه بحركات المفاصل المجاورة فالكتف تتحمل جميعها ككتلة واحدة للاعاضة عن حركات المفصل الكتفي العضدي المفقودة . ويظهر ان الرأي الذي كان معولاً عليه حتى هذه السنوات الاخيرة هو الحصول على هذا الوضع الحسن ولا سيما في الطرف السفلي .

غير ان القاعدة هي التثبيت باعادة الحركة الى الطرف العلوي وتثبيت الطرف السفلي جيداً لان بعض الحركة في الركبة متى كان القسط ناقصاً يحدث الانزعاج والالام . ويطمح البعض الى ابعاد من ذلك اي الى إزالة كل قسط . فان بعض المرضى يرغبون في استعادة حركة مفصل مثبت . وهناك معالجة شاقية من شأنها إعادة الحركات حتى الى الطرف السفلي فبعد ان يصبح الجراح قد نال كل ما كان يؤمل فيه من جهة الوظيفة

بالتمسيد الفاعل والتحرك والمفاطس والمناضخ وغير ذلك وبعد ان يكون العامل الالتهابي قد انطفاً تمام الانطفاء تجري العمليات الجراحية متى كانت العضلات كافية : لان الامر الاساسي هو ألا يفقد المريض من متانة طرفه ما كسبه من حركته وألاً يعالج هذه المعالجة القسط السلي . وكلما كان القسط قديماً كان انذار التوسط الجراحي ملائماً لانه بعد انتظار سنتين او ثلاث سنوات لا يتعرض الجراح الى تنبيه الجرائم الكامنة . وبعد ان يقر الرأي على التوسط الجراحي يرى الجراح امامه ثلاث طرق لتحريك مفصل مصاب بالقسط :

قطع العظم (ostéotomie) الذي يؤثر بعيداً عن المفصل مثال على ذلك قطع الفك السفلي تحت القسط الصدغي الفكي تبعه اعتراض عضلي او لم يتبعه .

نشر المفصل ، وتصنيعه في ناحية المفصل اليابس : اثبت اوليه (Ollier) الذي لا بد من العودة اليه حين الكلام عن جراحة المفاصل انه متى نشر مفصل اي متى نزع منه الاقسام المريضة وبقي السمحاق والمحفظة واتصالاتها والعضلات جدد السمحاق العظم وحددت المحفظة هذا النمو وكيفت العضلات هذا العظم الجديد فكان من كل هذا مفصل جديد قادر على القيام بالوظيفة . غير ان الابقاء على السمحاق ليس بالامر الهين في كل مكان (عق القخذ) فضلاً عن ان بعض المشاش لا سمحاق فيها (الركبة) وان الترمم مفقود في عدد عديد من المفاصل الامر الداعي الى عودة القسط للظهور ، وان الربط قد تتلف فكل هذا لا يسمح لنا بعد

النشر قاعدة مطردة . فهو حسن في المرفق وعنق القدم وسيء في الفخذ والركبة حتى ان اوليه وتلامذته لم يخطر لهم ببال ان يعالجوا اقساط الطرف السفلي ولا سيما الركبة هذه المعالجة . واحسن طريقة جراحية هي طريقة اوليه : نشر بعد تعرية العظم من السمحاق والحفظة بالمسحاة (rugine) القاطعة ، تثبيت موقت وتحريك رشيد فاعل بكمورما امكن على ان يراقب مراقبة دقيقة .

واما تصنيع المفصل (arthroplastic) فهو يقوم بوضع اجزاء لينة بين السطوح المفصليّة منعاً لاتصاقها بعد النشر الاقتصادي . وقد اوجد هذه الطريقة في اميركا مورفي الذي كان يضع اولاً شريحة صفافية مذابة بين السطوح المفصليّة بعد تسويتها . فهذه التسوية وهذا الاعتراض يميزان تصنيع المفصل عن نشره المعروف منذ القديم الذي تنشر به السطوح نشر أسطحاً . وقد وضع بوتي الايطالي وهو من امهر الجراحين في جراحة المفاصل طعاماً حراً مأخوذاً من صفاق اللفافة العريضة .

وقد استعمل باير الاميركي غشاء حيوانياً محفوظاً . فاللفافة العريضة بعد وضعها بين السطوح المفصليّة لا تلبث ان تعتاد وظيفتها الجديدة والغشاء الحيواني تلتهمه الخلايا الضامة الاتية من الجوار فينقلب نسيجاً ليفياً ولا يقع القسط في الحالات الحسنة . وهذه الطريقة مفيدة كل الفائدة في مفصلي الفخذ والركبة . غير انه لا يكفي الحصول على حركة منفعة لان المفصل الرخو اشد ازعاجاً بتقلقه من القسط اليابس بل يجب ان يكون التحرك مفيداً اي ان تكون العضلات والربط سليمة فتشارك في العمل وتحريك المفصل . فعلى الجراح ان يختار اذن المرضى الاحداث وان يرفض المعالجة

الجراحية متى رأى ان الشخص الموضوع لا يتبع بعدد العملية بصبرِ المعالجة التي تستدعي جلدًا و ارادة قوية فعليه اذن ان يردَّ طلب العصيين وغير الاذكياء من مرضاه .

ان الطريقة الحسنى من الوجهة النظرية هي نشر المفصل برمته واتباعه بطعم تام وقد اجرى بعض الجراحين هذه العملية غير انها لا تزال من النوارد ومتى كان وضع القسط سيئاً وجب تقويمه قبل كل شيء وذلك بقطع العظم او نشر المفصل اما تصنيع المفصل فسنبدي رأينا فيه بعدئذ .

قطع العظم معناه كسره بالمطرقة والازميل فوق القسط المعب او تحته ثم تقويم الطرف بعطفه حذاء الكسر وتبديل اثباتاته . واصلاح جميع الانحرافات ممكن غير ان المفصل الذي يستطاع اصلاحه اكثر من سواء هو مفصل الفخذ .

ويستعمل النشر البسيط في مفصل الركبة لاصلاح عيب في الوضع على ان يليه قسط جديد ومن حسناته انه يستأصل غالباً الآفات الكامنة وربما كان النشر في المرفق سبب الحركة .

لنر الآن ما هي الخطوة التي يترتب علينا سلوكها في كل مفصل : ان التوسط الجراحي في الكتف نادر لان حركات اللوح تفيض عن حركات مفصل الكتف او زواياها . واذا كان اللوح ثابتاً فالنشر لا يكفي ومحاولة تصنيع المفصل جائزة . ويقال ان الوضع معيب في المرفق متى لم يكن المفصل زاوية قائمة بل اقترب من التقويم او الانسباط . غير ان كل هذا نسبي ويتعلق الاستطباب بالشكل الذي يستخدم به الشخص ذراعه . ومهما يكن

فالمرفق مفصل حسن لعملية القسط . تنشر من المرفق البكرة العضدية ويحترم المحجن المرفقي ولـكي يجتنب استرخاء المرفق الذي يستدعي جهازاً داعماً يجرى النشر تحت السحق وتحترم بالخاصة الربط الجانبية . ويجوز اجراء نشر غير نموذجي واحتفار حفرة بكرية في نهاية العضد بالمفت (pince-gouge) . واذا حرك المفصل سريعاً وساعد الشخص الجراح في المعالجة كانت النتائج باهرة . وقد صنع بعض الجراحين مفصل المرفق . وقسط معصم اليد في حالة انبساط خفيف لا بأس به لأن حركات الاصابع تبقى محفوظة . واذا كانت اليد منمطقة نحو راحتها مع تيبس الاصابع كما هي الحال بعد التهابات المفاصل السيلانية ينشر المفصل الكعبري الرسغي ويجب ألا يؤدي التقويم الى انعطاف الاصابع الشديد ولا بد من التحريك الباكر وقسط الفخذ يستدعي في الغالب قطع العظم تحت المدور (grand trochanter) الكبير تقوياً لوضع الفخذ المغيب . ويجب ان يمر خط الكسر تحت المدور الصغير لكي يبقى ارتكاز ابي سواس المنكمش في القطعة العليا . ومتى كان القسط في جانب واحد والشخص حديث السن يجرب تصنيع المفصل ولا سيما متى كان منشأ القسط سيلانياً . يكشف المفصل جيداً بقطع المدور الكبير ويحذر رأس الفخذ من الجوف الحقي ويسوى ويحتفر جوف حقي جديد بالمجرفة . وتوضع قطعة من اللقافة العريضة أو من غشاء بين السطوح المفصالية ويفضل بأثر مثانة الخنزير التي يغلف بها رأس الفخذ المسوى حديثاً ثم يثبت بغرز حشة (كاتغوت) بالنسيج اللين المحيط بعنق الفخذ . فيكون الرأس والعنق قد غطيا بكيس ويوضع الرأس المستور في الجوف

المخفف حديثاً ويعاد الدور الى مكانه وتحاط الاقسام الرخوة بعدئذ .
ويثبت الطرف ٤٨ ساعة في سنبلة جبسية ثم في جهاز توما مع تمديد
متواصل بثقل وزنه عشرة كيلوات ثلاثة اسابيع ويلتزم المريض بعد انقضاءها
سريره اسبوعاً آخر مع بدئه بالحركات الارادية . ويسمح بالمشي بعد نهاية
الاسبوع الرابع . فاذا سار المريض نحو الشفاء ازدادت الحركات اتساعاً
واذا عاد القسط كان وضعه حسناً . ومتى كان القسط في الجانبين يقطع
العظم في جهة وينشر المفصل او يصنع في الجهة الثانية .

واذا كانت الركبة قسطاء وحسنة الوضع اي منبسطة ولم تكن مؤلمة
كان المشي عليها مستطاعاً والقيام بالاعمال الشاقة كذلك وهذا خير ما يرجي
 للعملة . ومحدور هذا الطرف انه اذا كان طويلاً مشى المريض حاصداً اي
صنعت رجله حين انتقالها نصف دائرة . ولكن لا يكفي هذا للبضع عامل
اما النساء القتيات وسكان المدن الذين لا تضطربهم مهنتهم الى المشي المتعب
فيرغبون في ان تعاد لركبتهم بعض الحركة . فعلى الجراح ان يبينهم قبل
العملية الى ما يستطيع وقوعه : الى الحية او الاسترخاء لان الركبة مفصل
سيء من الوجهة التجيزية . ويجوز ان يجرب تصنيع المفصل مع انه ليس
بالعملية التي يكثر اجراؤها غير ان نتائجها كانت باهرة حتى كان يجريها
بعض الجراحين المبحرين : ويظهر ان طريقة بوتي افضل الطرق .
يشترط اولاً ان تكون الجروح مندملة اندمالاً تاماً فبعد ان يقطع وتر المربعة
الرؤوس يحرز القسط وينظف المفصل من جميع الاجزاء المرضية التي تملأه
ولا سيما في الوراء . وتسوى الاطباق الظنبوية والركبة الفخذية بالمفرص

(gouge) والمحك (râpe) لكي يسهل تفصل هذه السطوح على ان يكون شكلها قريباً ما امكن من الشكل الطبيعي. وبعد ان يرقأ الدم جيداً تؤخذ شريحة من اللقافة المريضة في الفخذ الثانية على ان يكون طولها كافياً وتفرش بها السطوح المفصلي الجديدة وتثنى على نفسها وتدفع خلف العظم الى ابعد مدى ممكن لكي يتألف منها رتج خلقي حقيقي رخو وتبسط على السطوح المفصلي وتثبت بها بفرز جانبية تم يخلق المفصل وهو منعطف انعطافاً متوسطاً ويكون وتر المربعة الرؤوس قد حضر وضوعف لهذه الغاية في بدء العملية. وتصنع جنيحات الداغصة ويخاط الجلد. ويثبت الطرف في وضع نصف انعطاف في ميزابة جبس مسكوبة منذ مساء العملية ومحضرة ممتدة من جذر الفخذ حتى الكعمين. ويبدأ التمديد مباشرة بـ١ كيلو واحد ويزاد تدريجياً حتى ٦ كيلوات. والمعالجة بعد العملية أهم من العملية نفسها، تنزع الميزابة بعد ١٥ يوماً بضع ساعات تصنع في اثنائها حركات خفيفة. ولا يسمح بالمشي الا بعد ٣٠ - ٣٥ يوماً. ولا تظهر فائدة العملية جلية اذا لم تطراً عوارض الا بعد العملية بسنوات. وقد نشرت الجرائد الطبية نتائج حسنة للغاية غير ان عودة القسط او الحركات الجانبية ممكنة وهذه تدعو المريض الى لبس جهاز ضابط واذا كان وضع الركبة القسطاء سيئاً والمشي مختلاً فهناك امران: فاما ان يكون الانعطاف قليلاً فيقوم الطرف بقطع العظم فوق القمتين او ان يكون العطف شديداً فلا يملأ الدشبذ الفرجة الواقعة بين سطحي القطع بعد التقيوم فيجب في هذه الحالة ان تقطع من العظم قطعة اسفينية وربما شبه منحرفة (trapezeiforme) فتحاشى بها استطالة الاوعية المأبضية.

نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

الدور الحيوي للزهري العصبي

الاستاذ بول رافو عضو الحنفى الطبي وطبيب مستشفى القديس لويس في باريس

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

— . مدخل . —

لا تزال أهمية درس السائل الدماغي الشوكي في الزهريين آخذة بالازدياد ولقد عاد درسه بفضل التبعات الدقيقة والملاحظات الكثيرة واسطة مهمة لكشف العلل العصبية الزهرية الباكرو وتشخيصها بعد ان كان البزل تجربة حيوية بحتة ولم يعد البزل يجري حباً بالاستطلاع بل لضرورة مبرمة ، اذ ان التغيرات التي تطرأ على السائل حينما تسطو البريعة الشاحبة على السحايا والجوهر العصبي تكشف لنا على الاحياء الاصابات الفامضة كما تكشف الحزعة في الميت الاصابة الفامضة ايضاً ، وكلما كانت الاصابة اكثر غموضاً على السرريات كانت قيمة الفحص أعز وأثمن — اذ به يفتضح سير الآفة الصامت في ملء النسيج العصبي .

وقد جاءت معالجة الزهري العصبي بالبرداء (malariathérapie)

فتبته الافكار ثانية للقول السابق ان الدواء يكون أجمع كلما كانت

الآفة حديثة وفوق كل ذلك فإن في السائل الدماغي الشوكي عناصر اذا تخرجت منها لا تنقب عن التشخيص بحسب بل تنقب على سير الدواء ونجاحه كل هذا والعلامات السريرية لم تكن ظهرت بعد لان ظهورها متأخر . وزبدة القول ان العلامات الحيوية في الزهري العصبي تسبق في اكثر الاحوال ان لم تقل في كلها زمن مديد العلامات السريرية فاستناداً الى هذه الحقائق الثابتة اقترحت سنة ١٩١٤ للمرة الاولى تقسيم سير الزهري العصبي الى دورين : دور ما قبل السريات وهو الذي تنعكس فيه صورة الآفات التشريحية في السائل الدماغي الشوكي ولا يمكن اقفاء اثرها الا به . ثانياً دور سريري يبدأ بظهور اول عرض سريري .

الفصل الاول

كيف تماسكت حلقات تتبعاتي .

منذ ٣٠ حزيران سنة ١٩٣٠ تكون قد مضت ثلاثون سنة على ابتكاري مع استاذي المرحوم فيدال لمبحث التشخيص الحلووي فبعد ان ابناء اهمية هذه الطريقة الحديثة في درس الانكابات المصلية درساً سرزياً كنا نطبقها مع سينكار على السائل الدماغي الشوكي ولم يمض قليل الا وعرفت ما يطراً عليه اثناء التهابات السحايا الحادة فالمرئمة من التبدلات ففتح باب جديد للاستقصاء في الجملة العصبية سرزياً بالبرز القطني ومما لاحظناه منذ تتبعاتنا الاولى كثرة ما يقع في السائل الدماغي الشوكي من التغيرات في سياق الاستقرارات المختلفة للزهري العصبي ، ولقد اوحت الينا مشاهداتنا الكثيرة ان في جانب التفاعلات السيسائية المصاحبة لهذه التظاهرات

المتنوعة تفاعلات أكثر خفاء لا اعراض ظاهرة لها ولا يحسر النقاب عنها إلا البزل القطني هي التفاعلات السحائية السكامة التي حدثني الى درس المائع الدماغي الشوكي الزهري ، ولقد تغلبت في درسه على مصاعب جمة طارفاً ياباً لم يطرقه احد قبلي وسالسا ارضاً جديدة كنت اول نابش لكنوزها .



ولاً بدلي قبل متابعة البحث من ارسال كلمة شكر وعرفات جميل الى استاذي (تاجرج) الذي فتح لي باب مستشفى (مستشفى بروكا) علي مصر اعيه وأباح لي درس مرضاه اباحة مطلقة .

بدأت بدرس سائل الزهريين الدماغي الشوكي من كل الوجوه في الدورين الثاني والثالث وفي الزهري الارثي فجمعت النتائج في مذكرات اساسية . ثلاث : في الاولى كنت اوضحت مبيناً بالارقام في ٦٨ مريضاً - كثرة التفاعلات السحائية الخفية في دور تعمم الزهري الثانوي الامر الذي يتردد الكل في صحته اولاً ولو لم تدعمه الفحوص لما عاد حقيقة ملموسة ولقد كنت اقول مصرأً بترافق تلك التفاعلات وبعض تظاهرات جلدية دائمة كالافرنجيمات الدخنية والصدفية الشكل ولا سيما الافرنجيمات الصباغية والخاصة وكنت أئين خفاءها مع استئارها - أية علامة سريرية متعرفاً بسير الآفة منها (التفاعلات) فأما انها سائرة الى التلاشي عفواً او بالدواء وهذا في الغالب او الى البقاء وهذا نادر ومنذ ذلك العهد عرفت ان هذه التفاعلات تتقدم بظهورها ظهور اي عرض سريري فكنت اقول في مذكري الاولى في تموز سنة ١٩٠٣ : لا يجدر بنا ان نعجب لاختفاء خلل في المجموع

العصبي سريرياً لأنه إما أن يضمحل ولا يعرف بسوى البزل القطني او يكمن طويلاً غير متظاهر باي عرض سريري ريثما تسكون الآفة سارت شوطاً بعيداً وزبدة ما في ذلك ان الواجب يقضي على الممارس أن يعد هذا العرض الجديد اعني به التفاعلات العصبية. عرضاً من اعراض الزهري في دور حدته لان الكفاح الدوائي في هذه الآونة واجب .

وفي مذكرة ثانية ظهرت في السنة التالية سنة ١٩٠٤ كنت اقابل تفاعلات الدور الثاني الخبيث (septicémique) التي هي في الغالب قصيرة العمر بتفاعلات الدور الثالث دور التحدد التي هي اكثر ندرة وذات مفاد مغاير لمفاد تلك ، فظهور الاولى يكاد يكون قاعدة مطردة ولكنه سريع الزوال وهو برهان على صولة الخبيث الزهري على المحور الدماغي الشوكي (ومنذ سنة ١٩٠٣ كنت استعمل هذا المصطلح) واما الثانية فاكثرت بقاء وهي توقفتنا على إصابة يثة في المجموع العصبي، ولقد ثبت لي من قبل ان التفاعلات السحائية تكون مثبتة لا في بدء الزهري العصبي فحسب بل قبل وضوح اول عرض سريري وفي بعضهم قبل ان تكشف العلامات السريرية بعدة اشهر أمر شاهده سكار وناجوت فاعتماداً على ما قدمت قلت في كانون الاول سنة ١٩٠٤ : كم يستفاد من اقفاء أثر هذا الدور الخبيث المتند منذ إصابة حمة الزهري للمراكز العصبية، خالقة فيها آفات خفية، حتى تفانم هذه الآفات وتظاهرها بعرض سريري والبزل القطني هو الذي يهدينا الى هذا المرض الثمين اذ به نكون كأنا — اقتطعنا خزعة من المراكز العصبية وبه نضيء سير الآفة الصامت الذي لولا البزل لما تظاهر سريرياً الا متأخراً فهكذا احياناً يدعم

تفاعل السائل الدماغي الشوكي عرضاً سريرياً نحن في ريب من أمره واحياناً يكون التفاعل التظاهرة الاولى لهذا الاستقرار العصبي وبذا يكتسب الاهمية العظمى وفي مذكرة ثالثة ظهرت سنة ١٩٠٧ وخصصت بدرس السائل الدماغي الشوكي الزهري الارثي شاهدت فيها شبيه ما شاهدته في الكهل منها ولدان وقفت فيهما على سير تفاعلات استمرت عدة شهور حتى تلاشت بالمعالجة وفي آخرين تلت هذه التفاعلات الايجابية بعد انصرام شهر في الخفاء عوارض عصبية وخيمة لحادثتين لالتهاب العصب البصري .

هذه هي المذكرات الثلاث الاساسية التي أقت عليها أسس درسي اضيف الى ذلك ثلاث قضايا مهمة أتت فأكملتها في سنة ١٩٠٣ بحثت مع فيدال وسيكار وغيلن وباران على آح السائل الدماغي الشوكي — فظهرت يومئذ عظيم الفائدة في تحري التفاعلات الآحية والحلوية معاً ولقد تمسكنا شديداً باصول تحري الآح الاجمالي رغم التفاعلات العديدة التي اوجدت يومئذ وكلها ترمى الى القصد نفسه ومنذ ذلك الحين وضعنا وبوايه جهازاً يعين مقدار الآح الشوكي بظرف عدة دقائق ، والقضية الثانية هي اننا كنا وبونسل المكتشفين الاولين للبريمية الشاحبة في سحايا وارث للزهري فكان التفاعل السحائي وهو حي شديداً جداً تظهره اعراض سريرية واضحة وبزل ايجابي وبتفتح الميت وجدنا ذات السحايا القاعدية الينسة وفيها عدد كبير من البريميات أما في الجوهر العصبي فلم نر اثرأ لها فكانت المشاهدة الاولى التي كشفت بها البريمية الشاحبة في جملة الانسان العصبية وبالتالي امكن اثبات الطبيعة الزهرية للافات السحائية الوعائية بواسطة البزل القطني

وقد جاءت وقتئذ مشاهدات الإساتذة بندا وسزارا ونوغوشي وغيرهم داعمة
 صدق نظريتنا الاساسية في سير الاشكال المختلفة لازهري العصبي وفي سنة
 ١٩٠٧ اثبتت ولو فاديتي عقب الاعمال الجليلة التي قام بها واسرمان للمرة
 الاولى فقد التوازي بين تفاعل بورده واسرمان الدموي وبين التفاعل نفسه
 في السائل الدماغي الشوكي لان هذين السائلين مستقران في مسكنين
 مختلفين ، وقد أصررنا منذ ذلك العهد على اهمية هذه النقطة التي كثيراً
 ما يهمل امرها عند البحث عن تشخيص الزهري العصبي وإمراضه وبعد ان
 أقت هذه الاسس المتينة مسترشداً بمشاهدات المرضى خلال سنوات عديدة
 ابتدأت بجمع اكتشافاتي عن تقدم العلامات الحيوية على العلامات السريرية
 ثم ادعتها في مذكرات مختلفة كما ان زميلي وصديقي فنسن الذي اشبع فكره
 بهذه النظريات اثبتها في اطروحة وأكملها بما رآه من المشاهدات السريرية
 المهمة وما قام به من الاعمال الجليلة فيما يتعلق بالتشريح المرضي . واخيراً في
 سنة ١٩١٤ وبعد الاستناد الى آثم المشاهدات واكثرها دلالة والى الادلة
 العديدة أعلنت أهم نقطة ظهرت لي وهي الدور السابق للسريريات
 (pré-clinique) . وأثبت انه يجب تمييز مرحلتين كبيرتين في سير الزهري
 العصبي : الدور الاول او الدور السابق للسريريات الذي لا يظهر فيه اقل
 عرض سريري ولا يستطاع كشفه الا بالزل القطني وهو يبتدي منذ
 ظهور الآفات الاولى السحائية الوعائية المسبية من البريمات
 ومدة هذا الدور قد تكون طويلة تستحيل في اثنائها الاعضاء المصابة
 باستحالة صامتة بل تجرب ولا تبظهر نتائج ذلك التخريب الا متأخرة وذلك

يظهر اول عرض سريري فعند ذلك يبدأ الدور الثاني او الدور السريري. ففي هذا الدور فقط يستطيع تشخيص الزهري العصبي سريرياً لأن الدور الاول ليس الا دور التفريخ الذي يمتد حتى السنتين ولكن الدور الثاني هو دور الانفجار والظهور ويبدأ منذ ظهور اول عرض سريري اذن كم يكون تميز كل من هذه الادوار عن الآخر عظيماً لأن ظهور العرض السريري مهما كان حديثاً معناه اضمحلال منطقة من الجملة العصبية وخرابها ونذير بخيبة المفالجة لانها تكون قد اتت مأخرة جداً ، على ان العكس غير جائز لان الآفات الزهرية العصبية المخربة التي تسير خلسة وبخداع لا تتجلى باعراضها السريرية الدالة عليها الا متى كان نموها زائداً فمن ذلك يفهم ان العلام الحيوية المستحصلة بدرس التغيرات الطارئة على السائل الدماغى الشوكى تدلنا على الآفات الخفية التي تقف السريريات صامتة أمامها فيحق لنا ان نجهز اذن بأن للعلامات الحيوية في الزهري العصبي تتقدم دائماً العلامات السريرية .

ولكشف ما اختفى من هذه الآفات المسدفة يكفي اجراء بزول قطنية غير انه لما كان تكرار هذا الامر غير ممكن فقد فكرت في التفتيش عن الوقت الاكثر ملائمة لاجرائه ؛ فاستأذا الى الاحصاءات العديدة التي اخذت نتائجها على الف مريض مصاب بالزهري العصبي وباوقات مختلفة تبين لي ان اعظم حد للتفاعلات الخفية التي تفقد فيها العلامات السريرية ترى في السنوات الثلاث الاولى للزهري كما انه استناداً الى الاحصاءات نفسها وإلى امور اخرى اقترحت اجراء البرل البطني في بدء السنة الرابعة أو

قبل ذلك متى أريد قطع المعالجة باكراً .
وقد أعدت في الاجتماع السنوي لجمعية الامراض العصبية الذي عقد سنة ١٩٢٠ ثم في اجتماع آخر عقد في المحف الطبية سنة ١٩٢٧ درس هذا الدور الجديد وهو الدور السابق للسريريات وفي هذه المرة كنت استند في تقاريري ونتائجي الى مشاهدات بعيدة الامد وعظيمة الاقتاع .

وفي سنة ١٩٢٧ جمعت مع تليذي وزميلي بولان في مذكرة خاصة ما اكتشفته منذ عهد بعيد عن اهمية درس العناصر الخلوية في السائل الدماغي الشوكي درساً وصفيّاً ثم طبقت هذا الفحص عملياً على طريقة التضييخ الخلوي الحيوي فكبشفت دائرة غنية جداً بالخلايا البيضاء . تظهر فيها اشكال مختلفة من خلايا الدم تفيد معرفتها جداً لوضع التشخيص والانداز في الزهري المصبي .

واخيراً منذ عهد قريب أعدت الكرة ثانية واجتهدت نفسي لاظهر للعالم الطبي أن مجهوداتي المثمرة اوضحت جيداً تقدم العلامات الحيوية على العلامات السريرية . وبذا فقد فهم اخيراً جميع المؤلفين الذين بحثوا في هذه المسألة ان التعابير التي كانوا يطلقونها لم تكن في الحقيقة الا بمعنى واحد ذلك هو الدور الحفي الذي . يتقدم الشكل السريري في اكثر اشكال الزهري المصبي .

واذا رغبت في المبالغة في الاقتاع يكفيننا لقاء نظرة سطحية على مختلف ما دون حديثاً في مبحث الامراض العصبية الروحية لنتبين ان كثيراً من العلماء اطلقوا على هذا الدور (الدور السابق للسريريات) اسماء مختلفة ؛

الدور السابق للشلل، السابق للسهم السابق للاعراض، المتقدم، السابق للبعث، السابق لتشخيص الفلج العام وغير ذلك وما اختلاف هذه الاسماء إلا دليل واضح على امكان تشخيص باكر للاصابات المصيبة الزهرية بتحليل المائع الدماغى الشوكى .

ان جميع هذه التعابير والمصطلحات مدعاة للنقد حتى (الدور السابق للسريريات) الذي استعملته منذ سنة ١٩١٤ فهي توضح ان الانذار اشد مما تدل عليه التفاعلات السحائية الخفية ، وفي الحقيقة فان كثيراً من هذه الآفات حتى الشديدة منها قد تبقى خفية مستترة مدة طويلة من الزمن ثم تمر الى الثلاثي والاضمحلال دون ان تظهر بأقل عرض سريري وعلى العكس فان قسماً آخر منها قد يكون مقدمة للسهم او للفلج العام او لزهري سحائي عصبي منتشر والى ولا يظهر سريراً الا بعد أمد طويل . يستبان من كل هذا اننا لا نملك حتى الساعة دليلاً أكيداً للتنبؤ عن المنهاج الذي ستسلكه هذه الآفات حين ظهورها وجل ما يمكننا اثباته هو ان هناك آفة عصبية زهرية مختلفة الاتساع والدرجة ولا يمكننا ان نؤكد طرز نموها وانتشارها الابصورة تقريبية مشكوك فيها .

وليس التعبير الالمانى «Liquorlues» بأفضل من التعابير الأخرى لان الاصابة ليست في السائل الدماغى الشوكى بل الآفة في الجملة العصبية وما نراه من التفاعلات ليس الا انعكاساً في السائل الدماغى الشوكى زد على ذلك ان القائائين بهذا التعبير لا يعيرون التفاعلات الدموية اقل اهتمام مع ان هذه التفاعلات اهمية كبيرة في بعض الحوادث لانها تأتي متممة للتأخر

الخطي . وأرى من الصواب نبذ هذه التعابير التي لا تنطبق على الحقيقة في شيء . والرجوع الى التعابير التي توافق ازمنا ظهور الاعراض وإثباتها ، وقد كنا نحن اول من أظهر الامر خيوياً وأما الآخرون فقد اظهروه سريراً بعدنا فلم لا نغز اذن هاتين المرحلتين بالاسماء الآتية : الصفحة الحيوية للزهري العصبي ، والصفحة السريرية . ويمكننا في اليوم الذي نجد به الدليل القاطع لتمييز هذه التفاعلات المسدقة بعضها عن بعض وما اذا كانت مقدمة للسهم او للفالج العام او أنها ستسير نحو الشفاء ان تتبع هذا التعبير او ذاك وذلك ما اراه الآن صعباً بل مستحيلاً ، وفوق ذلك فإن النظر الى مجرد الكلمة ثانوي لأنها تتغير على ان الفكرة المستحصلة من هذه التفاعلات اهم واثبت لانها تستند الى حقائق لا جدل فيها ولا حوار .

ان التحريات الحديثة حول المعالجة بالبرداء حدثت بالعلماء العصبيين والزهريين الى المثل معاً على كشف النقاب سريعاً عن هذا الطور المضني الذي يمر به الزهري العصبي فالكل يسرع الى الاسترشاد بالبزل القطني ذلك النور الذي تضيء السرريات وحدها بدونه .

ولست ارى ، أظهر من هذا البيان لايضاح تفوق العلامات الحيوية على الاعراض السريرية ولا اثبت من هذا البرهان منذ بدء اشتغالي بدراسات السائل الدماغي الشوكي ابان سير الزهري .

هذه هي مراحل تتبعاتي في هذا الصدد ولا بد من ذكر بعض المشاهدات الخاصة دعماً للقضية التي ادافع عنها .

(للبحث صلة)

البحاث لغوية

للدكتور جيل الحاني الأستاذ في معهد الطب بدمشق

قد كنا احبينا حين ابتداء صدور هذه المجلة ان تنبه فيها الى الاغلاط اللغوية التي ورثتها السنتنا معشر الاطباء بما ترك لنا العثمانيون من الكلمات المعوجة والمصطلحات المشوهة وكنا ذكرنا وقتئذ نبذة منها وقد وقعت اذ ذاك في نفوس محبي اللغة العربية ومناصريها ومزيدي سلامتها من الفساد والتحريف احسن موقع، ثم طرأت موانع حالت دون المثابرة علي ما بدأنا به من تلك الحطة النافعة وقد رأينا مع ذلك كثيراً من تلك الكلمات المغلوطة أخذت تصالح بطبيعتها شيئاً بشئاً تبعاً لقاعدة زوال السبب بزوال المسبب لكنه قد بقي منها ما لا يزال متأصلاً في السنة بعضنا مؤدياً الى تخديش الاسماع عند النطق بها فرأينا من الواجب ان نعود الى التنبيه اليها والله الموفق



فمنها قولهم عظم العقب (بفتح العين والقاف) لمؤخر القدم وصوابه كسر القاف ويجوز السكون للتخفيف فتقول عَقَب وهي مؤنثة لا مذكرة فتقول عَقِب كبيرة لا عقب كبير، وإما العَقَب (بفتحين) فهو العصب الذي تعمل منه الاوتار

ومنها قولهم وَرَكَ (بفتح الواو والراء) لما فوق الفخذ والصواب كسر الراء وقد تسكن مع فتح الواو وكسرها فيقال وَرَكَ وَوَرِكَ كما هو مطرد

على ما سنذكره في التفريع ، والورِك مؤنثة لا مذكرة ، واما الورَك
بفتحين فهو عَظَم الوركين فيقال رجل اورك اي عظيم الوركين
ومنها قولهم كَتَفَ (بضم الكاف والتاء) والصواب كَتَفَ (بفتح
الكاف وكسر التاء) ولك ان تقول كَتَفَ وَكَتَفَ ايضاً بسكون
التاء وفتح الكاف او كسرهما على الاطراد في التفريع كما تقدم في الورك
والكتف مؤنثة لا مذكرة فيقال كتف عريضة لا عريض واما الكَتَفُ
بالضم فلا معنى له

ومنها قولهم « نَكَفَة » بسكون الكاف لغدة ما خلف الفك والصواب
« نَكْفَة » بفتحها وينسبون الغدة اليها فيقولون « غدة نكفية » مع ان
النكفة اسم لتلك الغدة فقولك غدة نكفية هو كما لو قلت للكبد غدة
كبديّة وهو غير صحيح لان الشيء لا ينسب الى نفسه

ومنها قولهم « رَضَفَة » (بضم الراء وسكون الضاد) لغطاء الركبة من
العظم ولا معنى له وانما الصواب « رَضَفَة » بفتحين على الاشهر او « رَضَفَة »
بالسكون . وان سكّنت الضاد في المفرد سكنتها في الجمع فتقول « رَضَف »
وان فتحها في المفرد فتحها في الجمع فتقول « رَضَف » او « رَضَفَات »

(التفريع في الاسماء الثلاثية المجردة)

فائدة : — لما كان في تفريع اوزان الاسماء الثلاثية المجردة بعض قواعد
مطردة رغبت ان نسردها اجمالاً تسهيلاً للقارىء ، اعلم ان للاسماء الثلاثية
المجردة في كلام العرب عشرة اوزان منها ما لا يتفرع منه ومنها ما يتفرع منه
فالاوزان التي لا يتفرع منها اربعة وهي « فَعَل » كقطن وقدم و« فَعَلَ »

كسرُ رد (وهو طائر) و «فَعَل» كعَمَى «وَفِعَل» كضرس وضلع والتي يتفرع منها ستة

الاول «فَعِل» (بفتح القاء وكسر العين) ككتف وفخذ ويتفرع منه وزنَان وهما فَعَل (بفتح القاء وسكون العين) وفَعِل (بكسر القاء وسكون العين) فلك ان تقول في الكتف، كَتَفَ وكتَفَ، واذا كان الاسم حلقى العين كفعْذ (*) جاز فيه وزن آخر وهو كسر القاء والعين فتقول فَعِذْ فيكون لهذا الاسم اصل وهو فَعِذْ، وثلاثة فروع وهي فَعِذْ وفَعِذْ وفَعِذْ

والثاني «فَعَل» (بفتح القاء وضم العين) كعضد وعَجُز ويتفرع منه فَعَل (بفتح القاء وسكون العين) فتقول عَضِدْ وعَجِزْ

والثالث «فَعِل» (بضمين) كعُنُقْ وأُذُنْ ويتفرع منه فَعِل (بضم القاء وسكون العين) فلك ان تقول في العُنُقْ عُنُقْ وفي الأُذُنْ أُذُنْ

والرابع «فَعِل» (بكسرتين) كأَبِلْ ويتفرع منه فَعِل (بكسر القاء وسكون العين) ومما جاء من ذلك الحَبِر (وهو القَمَاح أي صبغرة الاسنان)

والأَبِطْ فيجوز الحَبِر والأَبِطْ والكسر في هذا الأخير ضعيف

والخامس «فَعِل» (بضم القاء وسكون العين) كظُفَرْ ويتفرع منه فَعِل (بضم الاثنين) على لغة بني اسند فيجوز في الظُفَرِ ظُفَرُ إلا ما كان

صفة او معتل العين كحُمَر وروح فلا يجوز فيه التحريك

والسادس «فَعِل» (بفتح القاء وسكون العين) فما كان منه حلقى العين

(*) حروف الحلق الهمزة والحاء والحاء والعين والنون والهاء

كشعر وبجر يتفرع منه فعل (بفتحتين) فتقول شعر وبجر
 تنبيه. — ان جميع ما سردناه من التفرعات هو في لغة بني تميم الا
 تفریع نحو ظفر وشعر فالاول من لغة بني اسد كما مر، بيانه والثاني مختلف في
 كونه تفرعاً ام لغة. واما اهل الحجاز فلا يتكلمون الا بالاصول وهي
 الا فصح والاشهر

(بيان بعض الاسماء الثلاثة المجردة لاعضاء الجسم).

مما جاء على فعل مما يذكر: الوجه، والرأس والحلق، والشعر (ويتفرع
 منه شعر)، والصدر، والخذ والانف، والبطن، والقلب، والخصر،
 والظهر (اما الظهر بفتحتين فهو اشتكاه الظهر)، والثدي (والثدي لغة فيه)
 والفرج، والجن، والنحر (وهو اعلى الصدر)، واللحي (وهو عظم الفك
 الاسفل) والزند، (ولا تقل زند بالكسر) والترب، والبظر (ولا تقل
 بظر بالكسر)، والكعب — ومما يؤت منه: العين، والكف

ومما جاء على «فعل» مما يذكر: الروح (وقد يؤت)، والصدغ،
 والظفر (ويتفرع منه ظفر بضمين والظفر بالكسر شاذ)، والبشر (يفتح
 وهو اصل منبت الشعر في حرف الجفن)، والهدب (ويتفرع منه هذب
 بضمين): والرسغ، والصلب (ويقال صلب بفتحتين وهو عظم من لدن
 الكاهل الى عجب الذنب)، والحق (وهو مغرز رأس القنفذ في الورد)
 ومما جاء على «فعل» مما يذكر: الضرس، والقحف — ومما يؤت منه:

الرجل والضلع (ويقال ضلع بكسر ففتح وهو ضعيف)، والخشب (وهو
 باطن الركة — ومما يذكر ويؤت: الابط (وحكي الابط بكسرتين)

ومما جاء على «فعل» مما يذكر: الذقن (ويقال ذقن بالكسر). والحشى
«وهو ما دون الحجاب مما في البطن» والتدى «لغة في الثدي»، والرَّكَب
وهو «الفرج من الذكر والانثى»، والقَرَى «وهو الظهر وقيل وسطه»،
والمَطَن «وهو ما بين الوركين»، والصَّلب «لغة في الصلب»، والأصلا
«وهو وسط الظهر»، والرَّبَض «وهو ما تحوى من مصارين البطن»،
والصَّفَن «وهو جلد الخصيتين ويقال له صَفَن بالسكون ولا تقل صافن»،
«والنَّسى» وهو عرق من الورك الى الكعب ولا تقل عرق النسي لانه
لا يضاف الشيء الى نفسه، والشرح «ولا تقل شرح بالسكون» —
ومما يؤنث منه: القدم — ومما يذكر ويؤنث: القفا «والتذكير اغلب»،
ومما جاء على «فعل» مما يؤنث: الاذن «ويتفرع منه أذن بالسكون» —
ومما يذكر ويؤنث العُنُق «ولك ان تقول عُنُق بالسكون تفرعاً»

ومما جاء على «فعل» مما يؤنث: الكبد «ويتفرع منه كبد وكبد،
وحكي تذكيره»، والعقب «ويتفرع منه عقب وعقب» والفخذ «ويتفرع
منه فخذ وفخذ وفخذ»، والورك، والكرش، والكف — ومما
يذكر ويؤنث الرحم (والتذكير اكثر)، ولك ان تفرع من جميع ذلك
وقبلاً للقواعد التي مر ذكرها ما شئت

ومما جاء على «فعل» مما يذكر ويؤنث العَضِد (ويقال عَضِدو عَضِد
وعَضِد)، والمِعْز (ويقال عَجَز)

ومما جاء على «فعل» مما يذكر ويؤنث: المعى (والتذكير اكثر)

(بعض ما ليس ثلاثياً مجرداً من أسماء الاعضاء)

ما يذكر منه : القم ، والحاجب ، واليافوخ ، والدماغ ، والمنخر ، والفؤاد
(وحكى بعضهم تأنيته) ، والطحال (بالكسر) ، والمزق ، والمصمص ،
والكبرسوع (وهو رأس الزند الذي يلي الخنصر) والكوع (وهو
طرف الزند الذي يلي الابهام) ، والحجاج ، والملق والموق (وهو طرف
العين الذي يلي الانف) ، والحافظ بالفتح او بالكسر (وهو مؤخر العين
مما يلي الصدغ) ، والنخاع ، والمصير (وهو المعى) ، والتاب ، والتاجذ ،
والضاحك ، والعارض (وهو صفحة الخد) واللسان (وربما انث) ، والساعد—
ومما يؤت : الاصبع ، والساق ، واليد ، والذراع (وقد تذكر) ، والنسن ،
والأعلة «سكن نونها والفظها كيفما شئت وهي رأس الاصبع» ، واليمن ،
والشمال — ومما يذكر ويؤت : الابهام والتأنيث أكثر



حفلة تكريم الاستاذين

مرشد بك خاطر ومنيف بك العائدي

اقام طلبة المعهد الطبي وفروعه في اليوم العاشر من كانون الثاني سنة ١٩٣١ تحت رعاية عميد الجامعة معالي الاستاذ رضا بك سعيد حفلة تكريم للاستاذين مرشد بك ومنيف بك بمناسبة سفرهما الى ديار الغرب للاطلاع على ما استحدث فيها في كل من دروسهما. فكان هذا السفر الميمون واسطة ليظهر الطلبة ما ~~ت~~كانه افتدتهم من التقدير والاجلال لمعالي عميد الجامعة الكريم ولل استاذين المحتفى بهما

وما ان أزفت الساعة المعينة واقبل الاساتذة الى المدرج الكبير المعد لالقاء المحاضرات يتقدمهم معالي العميد حتى نهض الشاب المذهب السيد شفيق شحاده فأعلن افتتاح الحفلة واخذ يقدم الخطاب الواحد بعد الآخر وكان اولهم الشاب الاديب السيد مسلم القاسمي فالتقى باسم طلبة الصف الخامس خطاباً نفيساً كان له اجمل وقع في النفوس دل على عبقرية كاتبه وشعوره الرقيق ثم تعاقبت الخطباء وهم السادة مدحت البيطار فخليل فطاري فابراهيم العمري والتي كل منهم خطاباً قبول بالاستحسان .

وتلا الشاعر الاديب السيد ابراهيم يحي قصيدة رائقة من نظمه ضمنها عواطفه وشعوره نحو اساتذته والجامعة السورية قوطعت مراراً بالتصفيق.

وكان آخر الخطباء الشاعر الاديب السيد الرفاعي فتلا قصيدة عصماء من شعره الرائق اتى فيها على ييتين ضمنهما اسما معالي رئيس الجامعة والاستاذ الكريم مرشد بك وما كاد يتم تلاوة كل من هذين اليتين حتى دوت القاعة الفسيحة بالتصفيق وترديد كلمات الاستحسان وقد قوطع في قصيدته مرراً لما جمعته الى جزالة المعنى سلاسة الالفاظ

وكان يتخلل الخفلة انغام موسيقية تقوم بتوقيعها نخبة من طلبة المعهد ثم تلا الاستاذ منيف بك المائدي خطاباً ممتعاً شكر فيه الطلبة لما بدا منهم نحو معيهم واركانه وارتمل بعدئذ الاستاذ مرشد بك خاطر خطاباً بثبهم به ما يجيش في صدره من العواطف ، وكان خطابه هذا مسبك الحنن خرج على اثره المدعوون الى قاعة الاساتذة حيث اعد الطلبة مائدة حوت ما لذ وطاب «ش»



الخطاب الذي القاها السيد مسلم القاسمي الطيب الداخلي
في مستشفى المعهد الطبي العربي في خفلة وداع
وتكريم الاستاذين مرشد بك خاطر ومنيف
بك المائدي بالثيابة عن الصف الخامس

سادتي :

ذاع منذ شهرين بين طلاب المعهد الطبي العربي نبأ برقت له اساريهم وخفقت له افئدتهم جذلاً وجوراً. هذا النبأ هو سفر الاستاذين الدكتور مرشد بك خاطر والدكتور منيف بك المائدي الى ديار الغرب .

تطلعننا الى هذا الخبر فسررنا سروراً مازجه قليل من الالم : سررنا لعلنا ان في سفر الاستاذين من القوائد الجزيلة ما لا يعود الى شخصهما فحسب ، بل الى المعهد الطبي، الى الجامعة السورية؛ فهما رسولا علم سيحملان الى المعهد بعد حقبة من الزمن ثمرات قرائح الغريين وزبدة اختباراتهم في الجراحة والغريزة .

وتألمنا لانهما سيفادراتنا في وقت نحن في اشد الحاجة اليهما نحن طلاب الصف الخامس - فاليكما ايها الاستاذين أوجه خطابي واقول ان الفراق مؤلم . واذا علمتم ان الاستاذ من الطلاب بمنزلة الاب الرؤوف تصورتكم مبلغ اللوعة التي ستجدثونها برحيلكم الميمون هذا وتحققتم اننا سنودعكم بطرف كليل ، ولسان متلعثم ، وكبد حري وجنان خفاق .

ليس ممن يحمل بين طيات دماغه عقلاً من ينكر اياديكم البيضاء انتم وسائر الاساتذة ، لا سنبيل الى المحابة في هذه الفينة ، ولنقل الكلمة الحقة: فانتم يا عميد الجامعة ويا معشر الاساتذة مفخرة هذه الديار ، وهذا المعهد مدين لكم ، وهو لاء الاطباء العرب المنتشرون في شعاب الارض يبابها ومعمورها جلهم اشعة من شمسكم اللائمة، هم قطرات آمال منتثرة من بحر علمكم الزاخر ، هم ابنا ابرار انحدروا من صلب هذا المعهد الرؤوم ، هؤلاء الاطباء الذين يغلي في رؤوسهم روح النشاط ويسري في عروقهم دم القوة ابوا إلا ان يقطعوا السباسب ويجتازوا الصعاب في سبيل تحقيق امانتهم المقدسة ، اعني بها خدمة الانسانية المتألمة ونشر العلم والفضيلة .

وها نحن سنقوم بدورنا بعد برهة من الزمن نتقدم للمعترك بما جبتوننا

من علم وعرفان لتحقيق من فساد عضو ومواته فنشأ من اجله مبضعنا البتار ؛ لنستمع آفات نافذة في اعماق القلب ، لتبين عللاً مستكنة في تلافيف الدماغ وثناياه - فنصل بعلاجنا الناجع شغاف القلب ولب الدماغ .

لقد اخذنا على عاتقنا عهداً تقضي علينا بتخفيف ويلات الانسانية ؛ كالسهر على حياة المرضى ، ومؤاساة جراحهم ، والاصابة لنجواهم ، هذا عدا الرفق بهم والعطف عليهم ، وائناسهم وايداع ارق واعذب الاحاديث في نفوسهم في وقت اقضت بهم مضاجعهم وبرحت بهم آلامهم فعدوا والبؤس حليفهم ، واليأس اليقظ ، لا يجدون في تلك الساعة ألدّ من ابتسامة مفترية عن ثغر براق يريقها الطبيب في محاجرهم وربما كانت هذه اقوى تأثيراً في بعض الاحايين على انجح الادوية .

يقضي الواجب علينا ان نخدم الانسانية انى حللنا وحيث رحلنا : سنسير لخدمتها على سواحل النيل وشواطئ الدجلة والفرات ، وصحراء البادية وفي قلب الجزيرة مهد العروبة والحضارة كما نخدمها على جنبات بردي المخضلة ، وفي سهول الفيحاء المرعة ، وبين ربوعها الفتاة التي تجري من تحتها الانهار...!! وبعد فان معهدنا الطبي يا سادتي هو المعهد الوحيد في الاقطار الذي يدرس العلوم باللغة العربية ولو لم يكن له من ميزة يباهي بها الا هذه لكفاه بذلك فخراً والتعليم بلغة البلاد كما لا يخفاكم هو من الاسس الثينة لاشاعة العلم الصحيح بين الافراد .

لم يقف معهدنا بنهضته في خدمة اللغة العربية عند حد بل قام بنهضة لغوية كبيرة قضية الشأن بهمة ضمها صدور اساتذته الافاضل الذين يواصلون

ابحاثهم ومطالعاتهم بعزيمة لا تعرف الكلل ولا الملل فحسوا واشتقوا وعربوا وترجموا ووضعوا من المؤلفات الخالدة ، والمصنفات القيمة ما يقف الانسان ازاءها موقف الدهشة والاعجاب .

:لقد جاءت هذه النهضة المباركة سداً في وجوه الذين يحاولون ان يتقنوا اللغة العربية ويصموها بالعجز ويرموها بالضعف . لقد كمت افواه المتخربين والمتنطعين وغيرهم من الافراد الذين طبعت نفوسهم على عدم الاكتراث بمقوماتها ومشخصاتها .

أجل ان العلم والعمل هما خير واسطة لانهاض الامم وفكها من قيود الجهل وصونها من برائن الانحطاط ، وفي امثال عميد جامعتنا وامثالكم معشر الاساتذة من حملة العقول الناضجة ، والادمغة النيرة ، ما يكفل لنا بلوغ امنيتنا ، لا زلتم ناشري ألوية الثقافة ، آخذين بساعد الامة الكليم ، ناهضين بهذا الوطن البائس ، وما زالت البلاد تتقدم بكم وبامثالكم الفر الحاميد ..

وليس بعيداً بعد هذا كله اذا رأينا الافراد قد شعروا بالواجب واخلصوا لقومهم ولقمتهم واخذوا بنصيب وافر من العلم والاجتماع ان يبعث من جديد ذلك المجد العربي الاثيل الذي اسلم نفسه الاخير في سماء الاندلس ونحيا بعدها حياة ملؤها الرغد والهناء .

هذا ؛ واذا رأيتم يا سادتي اني اطلت عليكم الكلام فذلك لان الحقيقة قد انطقتي فالذنب لها دوني ، ولا اوم علي ولا تثريب .

لقد اتينا الى هذه الردهة لنحتفل باستاذينا ونقوم بوداعهما وتكريمهما ونحن على يقين اننا لم نقم بواجبنا كله ، اذ ساعة الوداع ساعة رهيبه ، تجيش

فيها النفس احساساً غريباً لا يقوى على تبيان اللسان، وتفويض العيون عبرات سخينة لا يطيء من حرها غير عبرات اللقاء، فالى اللقاء القريب الى اللقاء...!!



القصيدة التي القاها السيد ابراهيم يحيى في الحفلة التكريمية الوداعية

بالبياضة عن اخوانه طلاب المصنف الثالث

وقفت وقد نادوا بمقترب البعد
أزجر نفسي ان تسيل صباية
نصحتهما الصبر الجميل فلم اطع
وقلت رويداً فالغريب ملوع
هناك غريب في البلاد مشرد
فستان بين اثنين هذا معذب
ألا فاكففا لئس البكاء ينافع
دوالي العالي ليس يحجب قطوفها
يرى الفخر والعلواء بالعلم والحجى
فنى لم يكن لليأس قط بنفسه
دعته اليها الواجبات فلم يكن
ولو كل فرد قام فيما سعى له
ولا هات مغلوب ولا عز غالب
ولا حكمت في الناس شر غصاة
ولا امة عاشت بخير ونعمة

فوأدي بكئي والدموع على خدي
أأمسك قلبي ان يذوب من الوجد
ونصح اسير القلب في الصبر لا يجدي
وكل بباد لا يدل على الجهد
وأخر قد حث المظي الى المجد
وهذا قرر العين في القرب والبعد
وهذي الدنيا تحتاج للقهر والجهد
سوى سيد حر كريم اثنا جلد
ولو بزرت دون الحجى ظلمة الاحد
ولكن شديد العزم في همة الاسد
قموذاً ولا عكلاً ولا قابل الرد
لعاشت جميع الناس في الخير والرغد
ولا دأب حر لائم وللوعد
ولا كان من مولى ولا كان من عبد
واخرى تقابى الذل في الغل والقيد



وليس بما ان يقال تأخروا
وبالضنف عن تميم كل مهمة
ولكن كل العار في الجبن والحقد
اضعنا لها الساعات بالدرس والنقد

كنى الشرق آلاماً وهماً ومحنةً كنى الشرق فخرأً بالقديم وبالجد
 متى يصبح الشرق المقدس منيراً كما كان للورد في سابق العهد
 محط رجال العلم والفضل والهدى وشمس رشاد للفرنسي والهندي
 بلى ذاك ميسور ولكن دونه صعب لدى الابطال احلى من الشهد
 فيها اجبوا داعي المجد والملا وحيوا معي من سار في ذلك القصد
 رجال دروا ما الواجبات دعتهم اليه فابوها مع الشكر والحمد
 فان يجهدوا فيما تصدوا لئله فذا بعض ما نرجوه من واجب الفرد
 وذلك جهد اولي بطبعه سيعقبه جهد يفوق عن الحد
 كفى فيه نقماً انه خير موقظ لسكل تؤوم ضل عن منهج الرشد



على الطائر الميمون ياخير سادة وبالحير والاقبال والفوز والسعد.



الخطاب الذي القاها السيد عبد الوهاب العمري في الحفلة الوداعية التكريمية بالنيابة عن طلاب الصنف الثاني

ارى الواجب يدعوني قبل ان ابدأ كلامي هذا ان استله بحمدالله
 العظيم الذي انعم علينا بهذه الجامعة السورية التي جمعت شتاتنا ووحدت كلتنا
 وبشكر معالي عميدها الفاضل سعادة استاذنا المعظم الدكتور رضا بك
 الذي اوجد لنا بفضل ما بذله من المجهودات هذه القاعة الرخبة ، وهي
 ماثرة فوق مآثره التي اعد منها ولا اعددها، والتي كانت العروة الوثقى والصلة
 المستحكمة بيننا نحن معاشر الطلاب وبين اساتذتنا المحترمين حيث امكنا
 التعبير عن شعورنا وبث عواطفنا نحوهم وبهذا ما به من الاثر الطيب في

النفوس والذكر الحسن في القلوب . فوقتنا اذاً ايها السادة نحن معاشر الطلاب علي منصة خطابة الجامعة نعدّه فجر يوم تاريخي في حياتنا الطيبة ، وان هذا اليوم المبارك بل هذا اليوم السعيد ، هو اليوم الذي نجتمع فيه لأول مرة لوداع استاذين من اساتذتنا المحترمين قيل سفرها الى فرنسا للبحث والتنقيب بما سيمود علينا نفعه وخيره .

نعم يا سادة الموقف موقف وداع . وليس موقف خطابة وفي كليهما لا يستطيع مثلي الوقوف . ولكن كما قلت هو موقف وداع وتكريم . وبالأحرى فهو موقف عاطفة . واتي كأحد أبناء هذين الاستاذين المحبوبين فلن اعدم عاطفة تنوب غني يث ما يجول بنفسي وينطوي عليه فؤادي من الحب الخالص ، والأخلاص العميق ، انا وجميع رفاقي أبناء الصف الثاني طيب .

فعلّ الطائر الميمون ايها الاستاذان الكريمان وليحرسكما الله في حلكما وترحالكما ، اذهبا الى اوربة واجهدا في سيلنا . واعملا على صالحنا . وثقا انا لن تقتر ساعة واحدة عن التضرع اليه تعالى ان يردّ كما الينا سالمين وان يديمكما في صحة تامة .

اذهبا الى الغرب . وفاخرا بروتكما . وقولا لهم انا جادون في سيل العلم واتنا سنلحق بهم وشيكا ، ان لم يكن اليوم فسيكون غداً وان غداً لناظره قريب .

انا سوف نرجع ما كان لآبائنا من المجد والرقى ولعملوا انا امة حية ، امة تقدر العلم والعلماء . . امة ستبرهن لاوربة غداً كما برهنت لها بالامس

الغابر كيف تذلل العقبات وترتق الصعاب

نعم ايها الاستاذان الكريمان - ان فراقكما سيخلف في القلب لوعة
وفي النفس آتة . ولكن ما هي الابضة شهوور حتى نراكما بين ظهرائنا شمسين
طالعتين تملآن علينا مبادئ العلم الصحيح والعمل الحقيقي .

وختاماً فاني اذكركما ان هنالك مئة قلب ونفس تطالبكما بمستقبلها
ومصيرها فاعملا على خدمتها وصونها . واعلمنا انكما مسؤولان امام الله انتم
وبقية اساتذتنا المحترمين عن هذه النفوس العطشى والقلوب الملتهفة للعلم
والعمل واسأل الله ان يأخذ يدكما الى ما اتدبتما اليه وتكبدتما السفر في
سبيله انه خير مسؤول . وهو نعم المولى ونعم النصير



القصيد التي القاها السيد عبدالله الرفاعي في الحفلة التكريمية

الوداعية بالنيابة عن اخوانه طلاب الصف الاول

كفكف الدمع واصبركي تودعهم فالدمع عند رحيل القوم ينسكب
واهناً بها ساعة وامرح بها طرباً فالشمس تظهر حيناً ثم تتحجب
ابن الشمس تطلعا يبهجتها من الشمس تولي وهي تقترب
هذي بها سرها يحلو بمشرقها وتلك مشرقها يحلو ولا عجب



غرزة في القتي مد الدين الى شهب السماء فتأتي نحوه الشهب
فيمطيتها لئيل العز صاغرة وتدفع الضيم عن اوطانه القضب



بخاطري من اذا جرح اصاب فني بيت يرشدنا عما له يجب

واليوم يجرحنا والجرح بالغة هيء دوائك ان الجرح يلتب

لا تجزعان من الايام ان لها
وسوف يبعث فينا كل جبهة
سيرا الى اقطب في الغرب دانية
ثم احلاها لنا من كل فاكهة
سيرا الى الغرب جاً في حضارته
قولا ان استعظا في الشرق جامعة
رئيسها للنلا يفي دعائهما
لا ينكر الفضل الا من به عوج
يبقى حليف الاسى والدار في وهج
من بان عنه حبيب بات يعبده
عوداً كما انها للغير ثنقاب
يحيي ابن سينا وتحيا رشدها العرب
هذا بجزيغ لها تنساقط الرطب
زوجان تحيي نفوساً شفا سغب
سيرا الى الغرب لا يونيكما تعب
(قلب المدوّ عليها خافقاً يحب)
سعيدها بالرضا من جده يهب
ويحجد الحير من في قلبه وصب
ترعى ضلوعاً له والنفس تضطرب
حتى يسود هناك الرقص والطرب



صناعة الورق

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

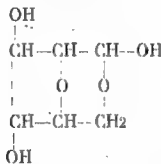
بلغنا إن فريقاً من أولي العزم مع نفر من أبناء الوطن الغيورين — بعد ما رأوا من نجاح شركتي ماء الفيحة والشميتو — يوالون عقد الاجتماعات يتداولون فيها الرأي في تأليف شركة لتأسيس معمل لصنع الورق يؤيدون بعملهم هذا المكابرين من جهة إن الشرقي لا يقل في هذه الاعمال العظيمة عن الغربي خبرة وإقداماً ؛ ويحفظون لبلادهم من جهة أخرى ثروتها من التسرب في أيدي الاجانب .

فراًيتنا والقلب يحقق جذاً لهذه الحركة المباركة والنفس تتعشش أملاً لهذا التسابق الحميد الى المشاريع الاقتصادية الصناعية مما يبشر بمستقبل زاهر بهذه البلاد المنكودة الحظ التي لا تقل كنوزها المدفونة وجواهرها المكنونة عما في بلاد الغرب ، نقول رأيتنا والحالة هذه ان نقوم باداء قسطنا من الخدمة بالبحث في هذه الصناعة بحثاً ضافياً وتقديم نشرها على صفحات مجلة المعهد الطبي القراء قبل غيرها من الابحاث الصناعية الفنية التي وعدنا القراء بها عسى ان يكون مما نكتب فائدة للقائمين بهذا المشروع الاقتصادي الصناعي الخطير سائلين لهم التوفيق والنجاح فيما هم ماضون اليه بعزم لا يطرقة الوهن وهمة لا يصدعها الكلل .

البحث الاول

في السلولوز وخواصه

السلولوز هو المادة الاصلية التي تتألف الالياف المستعملة في صنع الورق يوجد في النسيج النباتية كالنسيج الخلوي والنسيج اللينى والنسيج الوعائى مع مواد شتى نحو البكتوز والفاسكولوز والاصماغ والماء وغيرها . ففي بدء التكون يؤلف محيط الخلايا الفتية في جميع النباتات ويكون رقيقاً ثم يغلظ كلما كبرت. الخلية ويستحيل الى الياف او اوعية وتلتصق به مواد شتى تجعله متيناً صلباً . صيغته الموجزة $(C_6H_{10}O_5)^x$ وهو من صنف ما آت الفحم . واما صيغته المنشورة التي وضعها غرين وبركين فهي



وهي توافق، كثيراً من التفاعلات الكيميائية لاسيما الاثرجة (étherification) لكن انواع السلولوز العديدة يختلف بعضها عن بعض بخواص لا يمكن عزوها الى قروق فيزيائية فحسب . وتجمع هذه الانواع كلها خاصة عامة هي كون السلولوز على اختلاف انواعه لا يذوب في المذيبات المعروفة ولا يستحيل بالاماهة الى اجسام من زمرة الفلوكوز (سكر العنب) .

القطن (Gossipium indicum) هو اصنف انواع السلولوز لخلوه من

المواد الغريبة . اما الانواع الاخرى فتوجد متحدة باجسام شتى وتؤلف السلولوز المركب (composées) .

انواع السلولوز كلها جعلت في ثلاثة صنوف :

الصنف الاول — السلولوز الخشبي (Ligno-celluloses) — وهو ما يؤلف محيط الخلايا والنسيج الخشبية كالخشب وتكون الاقسام اللاسلولوزية فيه من زمرة ستوهكزين (Cétohexènes) نحو : القنب الهندي (Jute) .

الصنف الثاني — السلولوز اللزجي المخاطي Pectomuco-celluloses وهو ما يؤلف النسيج النباتية وتكون الاقسام اللاسلولوزية فيه سهلة الانقلاب بالاماهة الى مشتقات ذوابة وزنها الذري اقل مما للسلولوز، ومن زمرة المركبات اللزجة والسكاكر المسدسة نحو الكتان والقنب وكشة المعجوز ولعاب السفرجل .

الصنف الثالث — السلولوز الشحمي والسلولوز الجلدي (السنفي) (adipo et cuto-celluloses) . وهما من مواد النسيج البشري (السنفي) والقلاني . والسلولوز فيهما يكون متحداً باجسام دسمة وشمية وبوزن جوهري اعظم . كالقلين والبطاطا وسلولوز الخماثر .

السلولوز الصافي . — خير الطرق للحصول على سلولوز صاف هو اخذه من الياق القطن او لب اليلسان بعد غليه في محلول الصود ١ — ٢ بالمئة وغسله بالماء العادي ثم بماء الكلور . وتذاب المحاصيل المتكونة من اللاسلولوز بمحلول قلوي حار من كبريتيت الصوديوم او فحما الصوديوم او ماء آة الصوديوم .

فالسلولوز الناتج يكون مادة بيضاء لا رائحة لها ولا طعم بثقل نوعي
 ١,٢٥ - ١,٤٥ وتحتوي على ٠,١ - ٠,٤ بالمئة من الرماد .
 يحتوي القطن على ٩١ بالمئة تقريباً من السلولوز . وبقطع النظر عن
 الرماد يتركب القطن من :

٤٤,٢	بالمئة	من الفحم
٦,٣	«	« الهيدروجين
٤٩,٥	«	« الأكسجين

فصيغته اذن هي بشكل $(C^6H_{10}O_5)^n$. على انه نظرياً يجب ان يحتوي :

٤٤,٤٤	بالمئة	من الفحم
٦,١٧	«	« الهيدروجين
٤٩,٣٨	«	« الأكسجين

اما تركيب القطن الخام فهو :

٠,١٢	بالمئة	رماد
٧,٠٠	«	ماء
٩١,٣٥	«	سلولوز
٠,٤٠	«	دسم
٠,٥٠	«	مواد ازوتية
٠,٧٥	«	مواد شتى

السلولوز يحتوي ٦ - ١٢ بالمئة من الماء الذي يفقده في حرارة
 قدرها ١٠٠ درجة ويعود فيجذبه اذا وضع في مكان رطب .
 يستجبل السلولوز استحالة كيميائية :

١ — بفعل القلويات ويكون السلولوز القلوي (hydracelluloses)

٢ — « المحوض ويكون السلولوز المائي (hydrocelluloses)

٣ — « المؤكسدات ويكون السلولوز المؤكسج (oxycelluloses)

« للبحث صلة »

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في اذار سنة ١٩٣١ م الموافق لشوال سنة ١٣٤٩ هـ

الضنك

محاضرة أعدها الدكتور مرشد خاطر الاستاذ في معهد
الطب بدمشق ورئيس انشاء هذه المجلة لتلقى في كلية
القديس يوسف في بيروت بناء على اقتراح المفوضية العليا
بتبادل المحاضرات الطبية بين معاهد دمشق وبيروت وقد
عين الموما اليه جيند ليثل معهد الطب والاستاذ عثمان
بك سلطان ليثل معهد الحقوق فالتى الاستاذ عثمان بك
محاضراته في الموعد المضروب وكان موعد اللقاء محاضرة
الاستاذ خاطر في اليوم الاول من ايار المنصرم غير ان
ظروفا لا حاجة الى ذكرها هنا حالت دون القاها
فرغبنا في نشرها لان فيها ما يفيد القراء الكرام
«المجلة»

سادتي :

تركت دمشق وجنائنها الفناء وايتت عاصمتكم التي نسجت لها ايديكم
النشيطة حلة قشبية من البهاء ، تركت دمشق وفي نفسي من الذكريات
ما يحرك عواطفها وايتت بيروت مدينة العلم وفي قلبي من الحنين اليها وهي

البلد الذي ترعرعت فيه ما لا يدرك شدة غير النائي البعيد ، تركت عاصمة الامويين التي ينساب فيها بردى الهادي مواتيت بيروت الرابضة على شاطيء بحركم الصاخب ، تركت معهد الطب العربي وقد عهد الي بمهمة ادى نفسي سعيداً بالقيام بها وجئت هذا المعهد الزاهر وأمل عظيم بحكمكم انكم تتجاوزون عن قصوري اذالم أف الامر الذي اتدبت له حق الوفاء . وليست غايتي ايها السادة ان اقل اليكم علماً جديداً او فناً حديثاً بل غايتي ان أبلغكم عواطف تجول في قلوب اساتذة معهد دمشق وتلاميذه وان احمل اليكم ان معهد دمشق يرمي في عمله الى الغاية التي يرمي اليها شقيقاه الفرنسي والاميركي في بيروت ، هما يقومان في هذه المدينة باعداد العقول لخدمة البشرية المتألمة وهو يقوم في دمشق بالمهمة نفسها ومتى كانت الغاية واحدة كان تجانس في العمل ولو تنوعت الطرق المفضية اليه فما اللغة الفرنسية ولا الانكليزية ولا العربية لغات هذه المعاهد الثلاثة بالعامل الذي يؤثر في جوهر العمل الذي اختطه لنفسه كل من هذه المعاهد الطبية بل اللغة وسيلة موصلة الى الغاية الواحدة وهي تعليم الطب وتثقيف العقول واذا كان للغات الاوربية من فرنسية وانكليزية وسواهما خدمة كبيرة للعلم لا ينكرها ذوو البصيرة فان اللغة العربية فضلاً على العلوم والفنون لا تزال بطون التاريخ ملائى بمجاده وان لغة كهذه كانت فيما مضى المرجع الوحيد الذي دعا اليه التريون في نهضتهم يحق لها ان تحيا حياتها العلمية وان تماشى هذه اللغات الحية بعد ان اوقفتها يد غاشمة وشلت حركتها بضع مئات من السنوات .

فاذا نفخ المعهد الطبي العربي بدمشق روح الحياة في هذه اللغة الشريفة واعاد اليها سابق مجدها فيكون قد نفخ روح الحياة في الامة العربية جمعاء لان حياة الامم بعلمها واذا ما أحيا موات هذه اللغة الغريزة لغة السلف المجيد مستفيداً من نهضة الغرب الحاضرة ومقتبساً من لغات انبائه واتخذها لغة التدريس فيه فيكون قد أتى عملاً مجيداً يستحق الاعجاب والاعجاب وهو لا يرمي بعمله الى منافسة بل الى خدمة بلاده ولا يلام من خدم بلاده بترقية لغتها العلمية .

اقول هذا لأبين لكم ايها السادة ان معهد الطب بدمشق تحركه العواطف التي تحرككم وان عمله متجانس كل التجانس مع عملكم لان العلم رابطة قوية تربط العقول المتنافرة بمبادئها وتؤلف القلوب المتباينة بنزعاتها ، هو الصلة التي لا يقوى اعظم العوامل على حلها ولا تجرؤ اشد القوى على مسها .

فاذا جئت من دمشق لاحادثكم في هذا المساء ولم أجن من محبي الا هذه الفائدة فقط عدت نفسي سعيداً بلوغي اياها. اتنا لينا طلب فخامة المفوض السامي للجمهورية الفرنسية وسررنا لا تراحه تبادل الاراء العلمية بين الداخل والساحل وقد شاء معهدنا الطبي ان يشرفني بهذا التعيين وان اكون موفده الاول الذي ينقل اليكم ان لم يكن علماً فسلاماً وتحية وانا لنجدل ونسر ان نسمع بين جدران جامعتنا اصواتاً تعودنا سماعها ونحن في هذا المعهد الزاهر وان نرى الوفاق العلمي مخيماً يرفرف بجناحيه على المعاهد العلمية السائرة ولست اظن ان تمنياتنا تبين تمنياتكم بل ان العواطف

التي تحرك قلوبنا تحرك قلوبكم ايضاً .

أرى واجباً يدعوني قبل الدخول في الموضوع الى توجيه كلمة لا استطيع ضبطها لانها لا ترغب الا في الافلات مني وهذه الكلمة هي شكري الجزيل للاباء اليسوعيين الافاضل الذين شاؤوا ان يفتحوا لنا في هذا المساء ابواب معهدهم الزاهر . واذا نطقت بهذه الكلمة ورفعت اليهم عواطفي الخالصة فلا اكون قد قنت إلا ببعض الواجب الذي يترتب على تليذ تقديم عارف للجميل اذاؤه نحو فئة عالمة كالآباء اليسوعيين اخذوا على عاتقهم منذ وطئت اقدامهم هذه الديار نشر العلوم والمباديء القويمة بيننا واذا لم ينطق لساني بهذه الكلمة نطقت بها الآثار المحيطة والاعمال الجليلة التي تركوها حيث حلوا وأين ساروا .

اما بعد هذه المقدمة الموجزة فاسمحوا لي ان اتناول البحث الذي اخترته موضوعاً لكلامي في هذا المساء .

بعد ان عهد الي عميد جامعتنا الفاضل الاستاذ رضا بك سعيد بهذه المهمة اللذيذة والشاقة معاً فكرت ملياً في الموضوع الذي أكلكم فيه فوق اختياراي اخيراً على ضنكنا السوري وقد اتقيت هذا الموضوع مع تعدد الموضوعات الطبية وتنوع فوائدها لاسباب أرى في سردها بعض الفائدة :
اولها لان الضنك موضوع يجد فيه الزملاء الكرام ومن لا ينتسب الى الطب من مستمعي الافاضل فائدة ولذة لانهم جميعهم يمكنون من تتبع الموضوع والاحاطة به كيف لا وتفهمه لا يستدعي اختصاصاً بالموضوعات الطبية العالية .

وثانيها اهتمام العالم الطبي بهذا الداء : بعد ان تفشى الضنك تفشياً راجعاً في الجمهورية اللبنانية وسورية سنة ١٩٢٧ عقدت جمعية الاطباء والصيدالة الموقرة في هذه المدينة الزاهرة اجتماعاً في السابع من كانون الاول من السنة نفسها وناشدت الحكومة الساهرة على صحة ابنائها ان تكافح البعوض المكافحة الشديدة وتقضي عليه منعاً لعودة هذا الوباء الذي اكتسح السواحل والصورود والجروود ولم يرحم شيخاً ولا شاباً ولا طفلاً فوق وقع نظري حينذاك على ماقررتة الجمعية في تلك الجلسة ولما كان الضنك قد تفشى في دمشق وضواحيها تفشياً لا يقل عن تفشيه في بيروت وكنا قد راقبنا طرز انتشاره عن كشب راعنا ذلك الوباء الجارف الذي شل حركة المدينة في مدة لا تنيف على اسبوعين واجبر الالوف المؤلفة على ملازمة أسرهم فخالجنا الشك في طريقة انتشاره بالبعوض حسبا هو معروف عن ضنوك البلاد الحارة فنشرنا في الجزء الثامن من المجلة الطبية العلمية التي تصدر عن بيروت لصديقنا الدكتور غصن رأينا في تفشي الضنك وانضم الينا زميلنا في المعهد الطبي العربي الاستاذ ترابو فكان بيننا وبين زملائنا البيروتين حوار علمي لذيذ مفيد لا ارى حاجة الى تفصيله وقد اطلع عليه السواد الاعظم منكم ولم ينحصر هذا الجدل في البلاد السورية فقط بل تجاوزها الى مصر فتناوله المؤتمر الطبي الذي عقد في القاهرة في كانون الاول من سنة ١٩٢٨ ثم لم تلبث جرائد الغرب ان أخذت الموضوع بعد ان خصصت النشرة الطبية (Bulletin Médical) التي تصدر عن باريس جزءاً خاصاً به صدر في الرابع عشر من ايلول سنة ١٩٢٩ وعهد بجمع مواده الى الاستاذ ترابو وقد ذكر فيه آراء الاطباء اليونانيين

والمصريين والدمشقيين الذين شاهدوا الضنك بأنفسهم ودونوا عنه ما
صادقوه من اعراضه وطرز تفشيهِ .

وبعد ان نشر هذا الجزء رأينا الاستاذ تانوف من معهد باريس
يُدِج في الجزء العاشر من مجلة الطب الباريسية مقالاً اقتراحياً عن الضنك
يحلل به ما كتب عن هذا الوباء في السنتين المنصرمتين فلم يعد الموضوع
والحالة هذه موضوعاً منحصراً في البلاد العربية واليونانية فقط بل تعداهما
فاهتمت به صحافة باريس وكبار أساتذتها .

وثالثها ظهور الوباء في بلادنا السورية وأضناكه لنا وهل أحق منا ونحن
ضحيت به من ان نهتم به ونخصص به الابحاث الطويلة الضافية ونوقف
على دقائقه وما خفي منه اطباء البلدان الاخرى الذين يسمعون به ولا
يرونه ويدونون في مؤلفاتهم عنه ما قرأوه بل هل أجدر من ابناء سورية
ولبنان بهذا الدرس وقد غشي هذا الداء بلادهم المرة بعد المرة فكان
يذيق الاهلين من مرارته علقماً ؟

واذا تصفحنا تاريخ الضنك وفي تصفحه صعوبات جمة لان بعض
الوافدات التي ذكرت عنه لم تكن ضنكاً بل كانت من نوع حمى الايام
الثلاثة واعتمدنا في تفريقها عن وافدات الضنك بخلوها من النفاط ومدة
حماها التي لا تتجاوز ثلاثة ايام قلنا ان الوافدة الاولى التي يروي التاريخ الطبي
ظهورها في سورية بدت سنة ١٨٨٤ ثم اختفى هذا الوباء عنها ولم يعد اليها
الا سنة ١٩٠٤ وغرب ثانية ثم عاد الى الظهور سنة ١٩١٤ وفي سنة ١٩١٧
ظهر الضنك في دمشق وتقلص ظله عنها حتى كانت وافدته الشديدة سنة

١٩٢٧ اذ ظهر اولاً في بيروت وانتشر منها الى دمشق وشمل الحركة في احد احيائها باسبوعين ونال سكان حي باب توما من هوله ما نالهم منه وان مرضاً كهذا تتوالى وافداته الواحدة تلو الاخرى يسترعي الانظار ويستحق ان نخصص به بحثنا في هذا المساء.

ورايها هو كوننا قد أثرنا شرارته الاولى في هذه المدينة واعني بذلك اننا قد أبدينا رأينا في طريقة تفشيه وفرزه عن ضنوك البلاد الحارة لاسباب سنورها في سياق كلامنا فقد نبه الى هذا الامر قبل كل أحد الاستاذ تروانو في مقالات نشرها عن الضنك وحمى الايام الثلاثة في عدة مجلات (١) ولا سيما مجلة الطب الباريسية ثم اتنا على اثر وافدته الاخيرة سنة ١٩٢٧ كنا من المدافعين عن هذا المبدأ وقد نشرنا المقالات العديدة الضافية في المجلة الطبية العلمية ومجلة معهدنا الطبي بدمشق ومجلات اورية . وان موضوعاً كهذا بعثناه من لحده وحملنا الاطباء في البلاد العربية السان والبلاد اليونانية على قتله بحثاً لموضوع يلذ لنا ان نختاره دون سواه وفضلنا على سائر الموضوعات الاخرى .

هذه هي الاسباب الاربعة التي دعيتني ايها السادة الى اختيار هذا الموضوع ولست أظنكم أقل شوقاً مني الى الاطلاع على نتائج ابحاث قام بها نطس الاطباء ثلاث سنوات متواليات فكان من ابحاثهم ان ارسلوا نوراً بددوا به بعض الظلمات التي تكتنف هذا الداء الغامض . واذا لم يتوصلوا حتى

(1) Archive de Médecine et de Pharmacie militaire (janvier 1925)
Société de Médecine militaire (février 1925)
Journal «La Médecine» (décembre 1925)

الآن الى كشف جميع دقائقه فلنا ملء الامل ان المستقبل يفسح لهم المجال بلوغ هذه الغاية بعد ان تنبت افكارهم الى هذا الامر .

اما الآن وقد سردت الاسباب التي دعيت الى انتقاء هذا الموضوع فاتي أحصر كلامي عن الضنك بامر ين فقط لان الاحاطة بالموضوع من جميع جهاته يستدعي وقتاً طويلاً لا يفسح له مثل هذا المقام :

الامر الاول : فرز الضنك عن حمى الايام الثلاثة والضبوك الاخرى المسماة الضبوك الموهمة او ضبوك البلاد الحارة . والامر الثاني : انتقال الضنك وطريقة تفشيه .

اما تمييز الضنك عن حمى الايام الثلاثة فأمر لا أرى الكلام عنه فضولياً لانكم اذا كنتم تضعون الآن حداً فاصلاً بين هذين الدائين المختلفين فان من المؤلفين الاعلام من لا يزال يعدهما حتى اليوم مرضاً واحداً واثباتاً لكلامي أورد لكم التحديد الذي يحدد به الاستاذ غرن (Garin) من ليون الضنك وهذه ترجمة كلامه : « ضنك بحر الروم يظهر بمظهر حمى الايام الثلاثة ويؤدي البنية العامة اذية متفاوتة الشدة ويحدث الصداع والوعك وقد يبدو فيه نقاط بدون تبدلات دموية » واذا شئتم زيادة على ذلك ذكرت لكم ايضاً ما جاء به احد اساتذة باريس في مؤلفه الحديث عن الترية السريرية فقد قال ما هذانه : « ضنك بحر الروم أو حمى الايام الثلاثة او حمى السكيت مرض وبائي يفد في بدء الفصل الحار منذ ايار حتى حزيران وقد تستمر زمن وافدته الصيف كله حتى نهاية الوبل في اليونان ومكدونية وآسية الصغرى ومن صفاته الاساسية ظهور النفاط الحصى او القراسي الشكل »

ترون ايها السادة ان الوصف الذي جاء به الاستاذ الباريسي ينطبق تمام الانطباق على ضنكنا السوري غير انه قد خلط في بدء مقاله الضنك وحى الايام الثلاثة ولم يميز احدهما عن الآخر ولعل الخطأ الذي وقع فيه هذان الاستاذان وغيرهما من المؤلفين الذين اضرِبَ صفحاً عن ذكر اسمائهم خشية التطويل قد تسرب فيهم من البلاد التي يغشاها المرضان في آن واحد فاذا كان اساتذة لهم مقامهم العلمي لا يزالون يمزجون الضنك وحى الايام الثلاثة على الرغم من الموهبة السحيقة التي تفصل احد هذين المرضين عن الآخر فلست ألام اذا ما خصصت بضعة دقائق من الوقت للكلام عن هذا الامر. واذا ذكرنا الضنك وحى الايام الثلاثة وجئنا على تمييز احدهما عن الآخر كان لنا ان ندير ألاحظنا الى علم من اعلام هذا المعهد الزاهر الى استاذ كبير اضطره وقر الشيخوخة الى التنحي عن العمل بعد ان خلا له في هذه المدينة أثراً علمياً لا يمحي وأظنكم سادتي قد ادركتم من اعني اتني اعني استاذي العالم واستاذ عدد عديد من اطباء هذه البلاد والبلدان المجاورة اتني اعني الاستاذ دبرون وارفع له من على هذا المنبر أخلص عواطف الشكر للشعاع الثاقب الذي وجهه الى هذين المرضين فبدد به ما يكتنفهما من الغموض وان المقالات (*) العديدة التي دمجتها يراعة استاذنا الكبير والمقاتلين المستقلين اللتين خصص احدهما بالضنك والثانية بحمى الايام

(*) أ — مجلة الطب (Revue de Medecine) (آب ١٨٨٩)

ب — كتاب امراض البلاد الحارة مجلد (١) ص ١٣٨

ج — حمى الطب (٦ آب ١٨٩٣)

د — رسالة الطب الحديثة لروجه وفيدال وتسيه مجلد (٧) الصفحات (٧٤١—٧٥٨)

الثلاثة في رسالة الطب الحديثة لروجه وفيدال وتسليه لا كبر دليل على ان
لاستاذنا الشيخ الفضل الاكبر في جلاء هذا الغموض .

وقد جد الاستاذ ترايو منذ مجيئه لسورية في حفر هوة عميقة بين هذين
المرضين ونشر مقالات (*) عدة مبنياً الفروق الكبيرة بين هذين الداءين
حتى اصبحت هذه القضية مسلماً بها لا ينكرها الا البعيدون عن البلاد
الموبوءة بهذين المرضين الذين لا تزال الاوهام القديمة متغلبة على عقولهم
ولعل في ذكر الفروق التي تميز حمى الايام الثلاثة عن الضنك بعض الفائدة:
المدة تستمر الحمى في الضنك من ٥ - ١٥ يوماً وتسقط تدريجياً ؛ اما في
حمى الايام الثلاثة فمدتها أقل من ثلاثة ايام وقد ترصد هذه الحمى بعد ١٢ أو
١٨ يوماً والاستاذ دبرون لم يذكر ارتدادها .

الغاط في الضنك غاطان غاط ابتدائي ارجواني وغاط ثانٍ شبيه بغاط
الحصبة مع حكة وتقرش ؛ اما حمى الايام الثلاثة فلا غاط فيها .

الظهور يظهر الضنك في الصيف غالباً ظهوراً متقطعاً ؛ اما حمى الايام
الثلاثة فتظهر كل السنة في الاقاليم الحارة ومدة الصيف فقط في الاقاليم المعتدلة
التفشي الضنك مرض وبائي ولا اقول الآن شيئاً عن طرز تفشيه لاني
ساذكر هذا بعد حين ؛ وحمى الايام الثلاثة مرض فصلي غير سارٍ من الانسان
الى الانسان ينتقل بالمعوض السكيت او الجموش .

(٥) أ — حمى الايام الثلاثة وحمى الضنك في سورية (مجلة المعهد الطبي العربي) (مجلد ١

ص ٥١٣)

ب — لحة اتقادية عن الضنك (مجلة المعهد الطبي العربي) (مجلد ٤ ص ٤٥٨)

العراقيل : عراقيل الضنك وان تسكن خفيفة لا تنكر ، اما حمى الايام الثلاثة فلا عراقيل لها بل هي مرض يعد البنية لتعفنات أخرى .



فهذه الصفات على ما أرى كافية لتفريق احد المرضين عن الآخر .
أعود الآن الى تمييز ضنك بحر الروم او ضنكنا السوري عن ضنوك البلاد الحارة وفي هذا ما فيه من المشقة لان الامر لم تجمع عليه الآراء كما اجعت على تمييز الضنك عن حمى الايام الثلاثة غير ان من نظر الى الوصف الذي يصف به الاطباء الذين قطنوا الهند والفيلين واسترالية والصين الضنوك المنفشية في تلك البلدان نظير روجرس واورماي وسواهما ثم اعاد نظره في المشهد السريري الذي مثله الضنك حين تفشى في بلادنا السورية ومصر واليونان رأى بينهما فروقاً تحمل على الظان باختلاف هذين المرضين وهذا ما دعاني الى الجهر بهذا المبدأ الاول وهو تمييز ضنك بحر الروم عن ضنوك البلاد الحارة والحاقه بالمبدأ الثاني الذي سيجيء الكلام عنه وهو انتشار هذا الضنك انتشاراً مختلفاً عن الضنوك الموهمة الاخرى او ضنوك البلاد الحارة واليكم سادتي الفروق التي تفرق هذين المرضين :

١ - ضنوك البلاد الحارة ادواء تظهر في الصيف كما تظهر البرداء فتصيب من سكان البلد الذي تظهر فيه من يتعرض للسع البعوض وينجو الباقون ولا تمد اصاباته بمئات الالوف . اما ضنكنا فرض يفتد كما تفد الاوثة ويتفشى تفشياً شديداً حتى ان اصاباته في اثينا بلغت بثلاثة اسابيع اربعمائة الف اصابة كما ذكر اطباء اثينة وفي دمشق ما لا يقل عن خمسين الف

إصابة في اسبوعين ولعلها تجاوزت هذا العدد في بيروت وانتم أدري بذلك مني ولم يصف منه من وقى نفسه لدغ الناموس او من تعرض له كما لاحظت الامر بنفسي ولعلكم لاحظتموه انتم بدوركم .

٢ - ضنوك البلاد الحارة امراض فصلية تظهر في صيف كل سنة حين فقس البعوض وضمنبكتنا مرض لا يصح ان يسمى فصلياً لانه وان يكن يبدو دائماً في فصلي الصيف والحريف فهو لا يظهر كل سنة ظهوراً منتظماً بل يغيب سنوات كما كان ليونان في وافدة سنة ١٩٢٨ فان اثنا لم تره كما ثبت ذلك اطباؤها منذ خمس عشرة سنة ودمشق لم تره قبل وافدتها الاخيرة التي آلت بها سنة ١٩٢٧ الا في سنة ١٩١٧ ويروت الا في سنة ١٩١٤ فهذا التقطع الكبير يجعل فرقاً بين داء ينتقل بالبعوض وداء لا ينتقل به ويقر به من الامراض الوبائية التي تتبع هذا الشكل في تفشيها .

٣ - ضنوك البلاد الحارة امراض لا نقاط فيها وما يبدو فيها من النقاط ليس الا نقاطاً عرقياً استطاع ظهوره في الحميات التي يعرق بها المريض عرقاً غزيراً حتى انه قد يبدو صيفاً على جسد الاصحاء انفسهم واذا اردتم دليلاً على ذلك اوردت لكم كلام اورماي (Ormay) الذي يدرس امراض البلاد الحارة في الصين منذ زمن ليس بالقصير فهو يقول « اما النقاط فلم أراه مطلقاً في الضنك » ويؤكد بروشه وفسال (Brochet, Vassal) وروجرس (Rogers) الذين درسوا الضنك في الشرق الاقصى والهند ان النقاط الذي يبدو في المضمونكين بضمك البلاد الحارة نقاط ناجم من غزارة العرق وليس نقاطاً خاصاً بالمرض .

وقد ذكر لايبولد روبر (Léopold Robert) في مؤتمر القاهرة الذي اشترك بالمناقشة عن الضنك انه بعد ان صرف في سيام (Siam) احدى عشرة سنة ورأى فيها ما لا يعد من حوادث الضنك لم ير النفاط ابداً .

اما ضنكنا ففرض يبدو فيه نقاطان نفاط ابتدائي شبيه بالنفاط الذي يبدو في ضنوك البلاد الحارة سببه العرق الغزير المتصبب من اجساد المرضى ونفاط آخر تال خاص بالمرض نفسه وهو حصبي الشكل او قراصيه وهذا ما دعا زميلنا الأستاذ ترابو الى ذلك التشبيه الجميل الذي لا أرى بأساً في اعادته على مسامعكم ولا سيما في هذا المقام الاكبريكي قال مميزاً ضنك بحر الروم عن ضنوك البلاد الحارة « يلبس النفاط الاحمر ضنك بحر الروم الحلة الكردتالية اما الضنوك الاخرى التي حرمت هذه الحلة فهي حاشيته ومن صف الاكليريكيين » .
ولست أظن ايها السادة ان الضنك يفقد نفاطه متى عبر الاوقيانوس ماراً
الينا بل ان النفاط صفة اساسية كافية لاقامة فرق بين بين مرض وآخر .

٤ - ضنوك البلاد الحارة تظهر في المناطق الساحلية والبطائح المنخفضة فتصيب الاشخاص المقيمين فيها دون ان تمتد الى مناطق أخرى بعيدة عنها فهي تحيا وتموت في مكان واحد واما ضنكنا فيغشى الصرود والجبال حيث لا مستقعات ولا ماء كما يغشى السواحل ودليلنا على ذلك ظهوره في قرى لبنان الشاخنة المنفردة البعيدة عن كل مستقع التي لا يكاد يجد سكانها ماء كافياً لشربهم وقضاء حاجتهم .

٥ - المراقيل : تتفاوت شدتها في الضنكين فهي وان تكن في ضنك بحر الروم لا تخلو من الخطر وان تكن قد قضت في جائحة اليونان على حياة

الف واربعائة شخص غير انها لا تزال خفيفة اذا قيست بهول العراقل في ضنوك البلاد الحارة لان الذين قضوا في اليونان يقول لنا ساكورافوس كانوا مبتلين بامراض مزمنة فقد آذت بعض اعضائهم فجاء الضنك ضغناً على أباله وضرهم تلك الضربة القاضية اما ضنوك البلاد الحارة فانها تؤذي من كان خالياً قبل اصابته من الامراض الاخرى .

٦ - اتصاف ضنكنا ببعض الاعراض منها ولعم بالجهاز العصبي .
ويثبت هذا الامر .شاهدة كبيرة الدلالة أوردتها الاستاذ دبرون في رسالة الطب الحديثة لروجه وفيدال وتسيه وهي حادثة فالج شقي في سياق الضنك غير انه أورد حادثته هذه دون ان يبينه الافكار الى ولع فوعة الضنك الراشحة بالجهاز العصبي ثم جاء الاستاذ ترابو فنشر في مجلة الامراض العصبية الباريسية (جزء ٢٩ اذار سنة ١٩٢٨) عرقلة عصبية وهي التهاب طبقة الدماغ السنجانية مع نهك فائق اثر الضنك وقد عرفنا المريض الذي روى مشاهدته وهو لا يزال حتى الآن يحمل عقبول هذه العرقلة رغم تنقله في بيروت واوربة مستشفياً .

ويثبت ايضاً ما نحن بصده كلام ساكورافوس اخذ اساتذة معهد اثينا قال : « وقد شاهدنا التهابات سحايا وتهابات دماغ وكان البزل القطني الذي نجريه يدل على ازدياد التوتر في المائع الدماغي الشوكي الذي كان يتدفق تدفقاً من الابرة وكان المرضى يشكون حصراً واضطراباً شديداً ونوب هرع دالة على ولع الفوعة بالجهاز العصبي » .

ويثبت اخيراً الصداع الشديد الذي لا تسكنه المسكنات وقد صادفناه

كثيراً في بدء الضنك واطن ان الزملاء البيروتيين صادفوه ايضاً وهو على ما نرجح ناجم من وذمة الدماغ وازدياد توتر المائع الدماغى الشوكى .
كل ما تقدم ثبت هذه الخاصة اعني بها ولع فوعة الضنك بالجهاز العصبى ومن عوارضه المميّزة ايضاً الحكة المزعجة التي تعقب التقشر او تعاصره وقد صادفناها في عدد من المرضى فكانت تسرق الكرى من عيونهم وتحرمهم لذة الراحة ومنهم من كانوا يعضون اجسادهم ويخدشونها باظافرهم وما سبب هذه الحكة على ما نظن الا انقراغ ذيفانات العامل المرضى بالغدد العرقية .

وضنوك البلاد الحارة لا تتصف بمثل هذه الاعراض واذا اتصفت بها فهي ليست من العلامات الملازمة كما هو عليه الصداغ ولا هي شديدة بيانية كما هي عليه الحكة .

لسنا نذكر ان الآراء الطبية ليست مجمعة على ما نقول ولا هي متحدة على القول باختلاف ضنكنا عن ضنوك البلاد الحارة وإلا لما كان لنا ان نبدي فكرة قد اجمعت الآراء عليها فان منهم من يعد ضنكنا شكلاً استيلائياً لضنك البلاد الحارة الفردي ومن هؤلاء الاستاذ ثانون غير ان هذا الاستاذ نفسه قد خامرت الشك نفسه بعد ان قرأ ما كتب عن هذه الوافدات التي توات على مصر وسورية واليونان فكتب في مجلة الطب الباريسية وفي الجزء ذاته الذي أبدى فيه اعتقاده السابق بكون ضنكنا شكلاً استيلائياً لضنوك البلاد الحارة ما ترجمته : « اما فيما يختص بضمك بحر الروم وضنوك البلاد الحارة فربما كان لهما عاملان مريضان مختلفان الامر الذي لا تستطاع

معرفة الا بالابحاث الحيوية فان بريميتي داء المصع (pian) والزهري تكادان تكونان متشابهتين مع ان الآفات المحدثة بهما ليست واحدة وان تشابهت وقد يكون الامر كذلك في الضنوك .

فالاستاذ الموماً اليه شاك اذاً في الامر وهو لا يستطيع الجزم لانه يرى في ضنكنا شيئاً لا ينطبق على ضنوك البلاد الحارة غير انه يمتنع عن ابداء هذا الرأي فتراه تارة يؤثر فيه هذان المشهدان السريان المتنوعان فيقول باختلاف المرضى حتى انه يصل الى القول بان لهما عاملين مرضيين مختلفين ثم ان الفكرة القديمة السائدة تقف امامه فيعود الى القول بان ضنك بحر الروم شكل وبأى لضنوك البلاد الحارة الفردية .

هذا ما اقوله ايها السادة في الشق الاول من هذه المحاضرة واتي انتقل الآن الى شبقها الثاني وهو :

سراية الضنك : نحن ازاء رأيين مختلفين : الرأي الاول القائل بتفشي ضنكنا بالبعوض كما تنفشي ضنوك البلاد الحارة . والرأي الثاني الحديث وهو ان ضنكنا يسري سراية خاصة مختلفة عن ضنوك البلاد الحارة كما تسري بعض الامراض النفاطية . والجدل على هذا الامر كان شديداً ايها السادة والمقاتلات التي دججت في اثبات كل من الرأيين قد سودت عشرات الصفحات ولارأي الاول حماة ودعاة وسواد اطباء يبروت منهم ولارأي الثاني حماة ايضاً ولي الشرف ان اكون منهم .

وكأنني بكم الآن تستغربون اصراري على هذا الرأي وقد اثبت الاختبارات اليونانية انتقال الضنك بالبعوض وتحكمون عليّ حكماً اذا لم

تجاهروا به حرمة لواجبات الضيافة وقد اشتهر اللبناني بها فانكم تضمرونه ويلفظه كل منكم في ذاته .

مهلاً سادتي لسيت اقصد بكلامي حملكم على اعتناق مبدئي الذي دافعت عنه ولا ازال أدافع. اذا لم تقنع عقولكم بما اقول بل اقصد ان ابسط امامكم وانتم ذوو البصيرة الثاقبة الحجج التي يدلي بها كل من الفريقين واركض لكم حق الحكم والاختيار فاذا استملت منكم الي العدد القليل كنت الرابع الفائز كيف لا وواحدكم بالف واذا خاب ظني واستلمتموني اليكم كانت صفتكم خاسرة لا تني لا اغني عن جوع .

١ — انتقال الضنك بالبعوض ثبت دعائه يأمرين اولها اختبارات قديمة قام بها غراهم وعرداتي سنة ١٩٠٣ واشبورن وكراغ (ashburn el Craig) سنة ١٩٠٧

وثانيهما اختبارات حديثة قام بها بلن وكامينوبتروس في الوافدة اليونانية الاخيرة سنة ١٩٢٨

ولا بد لي قبل الكلام عن الاختبارات الاولى من ان احيى رفات الاستاذ غراهم الراقد مطمئناً في جده ذلك العالم الذي كان في هذه المدينة حجة يرجع اليه في صواب الامور الطبية ذلك الراحل الكبير الذي ترك في الجامعة الامريكية فراغاً كبيراً وان التي تحية على مؤازرة النشيط الدكتور عرداتي الذي لا يزال يتحفنا بأرائه الثاقبة .

قام الاستاذ غراهم بتجربات ثلاثة : اولها أصيبت بالضنك امرأة مريض لها ولد عمره ثمانية اشهر فطهرت الغرفة التي يقطنها بنغازي الكلورين لقتل

ما فيها من البعوض واخذت الاحتياطات لمنع بعوض آخر عن دخولها مدة خمسة عشر يوماً فشفيت المرأة وبقي الولد سليماً .

وثانياً: عيلة فقيرة فيها اربعة اولاد ينامون على فراش واحد أصيب كبيرهم بالضنك فطهرت الغرفة من البعوض واخذت الاحتياطات لمنع بعوض آخر جديد عن الدخول وبقي الاخوة في الغرفة يشاركون اخاهم المريض نهراً في طعامه ويأوون ليلاً الى فراشه ولم يصابوا .

التجربة الثالثة — أصيب رب عائلة بالضنك وله ثلاثة اطفال فاخذت الاحتياطات نفسها ولم يصب اطفاله بالضنك .

فهذه التجارب يقول لنا الدكتور عرداتي تثبت الوجهة السلية اي انه اذا كان ضنك ولم يكن بعوض المحصر الداء ولم ينتشر كما هو الامر في البرداء اما التجارب المثبتة لا انتقال الضنك بالبعوض فقد اختبرها الاستاذ غراهم ايضاً فقد عرض أولاً في بيروت اربعة اشخاص اقوياء للدغ بعوض ملوث فظهر الضنك في ثلاثة منهم ولم يصب الرابع لانه كان قد أصيب به علي رأي الدكتور عرداتي سنة ١٨٨٩ اي منذ اربع عشرة سنة اذ كان الاختبار قد وقع سنة ١٩٠٣ ثم اعاد الاستاذ غراهم الاختبار في قرية من لبنان لا ضنك فيها على شخصين فاصيبا بالضنك ايضاً واثبت غراهم وعرداتي حينئذ ان الضنك ينتقل بالجرس او (الكولكس) واما اختبارات بلن وكامينوتروس فتلخص بما يلي :

أعدَّ هذان المؤلفان قمتين من الطيثار (stégomya) القطة الاولى من اثنية

وغذياها ثلاث مرات متوالية بدم مرضى مصابين بالضنك والقئمة الثانية جمعها من غرف فيها مضنوكون ولم يجريا اختباراتها في ائنة لثلا يكون الاشخاص المختبر بهم في زمن الحضانة فيشوش عليهما هذا الامر صحة اختبارهما بل اجرياه في جزيرة صغيرة واقعة في خليج ميرابو شرقي كريف بعيدة ومنزلة عن اسباب العدوى .

حقنا ثلاثة اشخاص تحت جلدهم بمدقوق سبع بعوضات كانا قد جمعها منذ ثمانية ايام في ائنة بعد تمديده بالمصل الخلقي فاصيب الاول بعد الحقنة بسبعة ايام والثاني بعدها بثمانية ايام والثالث بعدها بتسعة ايام وحقنا آخرين بمدقوق ست طيارات (اي ستاغوميا) ممدد بالمصل الخلقي ايضاً . كانا قد جمعها من ائنة بعد ان غذياها منذ اربعة ايام بدم مضنوك فحدث تفاعل في الشخصين بعد الحقنة بسبعة ايام .

وقد تحقق هذان المؤلفان ايضاً ان الطيار بعد ان تلوث بدم مضنوك ينقل هذا الداء بوخزه الشخص السليم متى كان قد مرَّ على تلوثه تسعة ايام ويبقى محافظاً على قوته الملوثة ما لا يقل عن مائة وخمسة عشر يوماً . والاختبار الذي اجرياه لتحقيق هذا الامر هو انها اخذا بعوضاً سليماً قاما بتفقيسه في المخبر ولوثاه باطعامه ثلاث مرات من دم المضنوكين في اليومين الاول والثاني من مرضهم ثم غذيا هذا البعوض بدم الاصحاء في مكان خالٍ من الضنك ومنزل عن الامكنة الموبوءة فاضيب الاشخاص جميعهم بالضنك الا الذين عرضوا للدغ البعوض في اليوم السادس من تلوثه وقد اثبت هذان المؤلفان ايضاً ان الطيار المجموع من بيت ظهر فيه

الضنك يكون ملوثاً ويستطيع نقل المرض بالوخز وذلك انهما جمعا عدداً من البعوض. من احياء آثنية حيث الضنك متفشي وعرضاً للدغة ثلاثة متطوعين بعيدين عن موطن الداء فاصيب احدهم بعد ان عرض للدغ ثلاثين بعوضة بثانية ايام.

وقد اجري بلن وكامينوبتروس الاختبارات نفسها على الجرجس فكانت سلبية.

فاستنتجنا ان الضنك منتقل بالطيار وغير منتقل بالجرجس ونقضا ما كان اثبته غراهم وعرداتي سنة ١٩٠٣.

غير ان الدكتور عرداتي في احدى مقالاته عن الضنك في المجلة الطبية العلمية قد بين اسباب هذا الخطأ بقوله : « لما ثبت من ربع قرن ان البعوض هو الناقل لحمى الضنك ارسل عدد من ذلك البعوض الى أحد الخبراء وطلب منه ان يتحقق نوعه ويعرفه باسمه العلمي فاجاب انه من نوع الجرجس (culex fatigans) فاذنب حينئذ ان الجرجس ناقل للضنك ... ولم تكن علامات التميز في ذلك العهد بين الجرجس والطيار وغيرهما من البعوض معروفة ومفصلة كما هي اليوم »

واظنه مصيباً في تعليقه وان الخطأ عائد الى الخبير الذي عرف البعوض. فعلياً ان نقرأ لغراهم وعرداتي بالتقدم في هذا الاختبار وان نحل اختبارهما هذا في المقام الاول واذا كانت اختبارات بلن وكامينوبتروس الاخيرة اوفى واكمل فلا يعني هذا ان اختبارات غراهم وعرداتي قد فقدت قيمتها العلمية والوسائط الآن غيرها في سنة ١٩٠٣ اذ اجري غراهم وعرداتي اختباراتها

هذه هي البراهين المثبتة لانتقال ضنكنا بالبعوض وليس لدينا سواها
واتي استأذنكم ايها السادة بابداء رأيي فيها قبل ان انتقل الى البراهين المضادة
لهذا الانتشار فاقول :

لست أشك ان الضنك ينتقل بالبعوض وان الاختبارات التي آتيت
على ذكرها صحيحة لا تقبل الجدل ولكن اعمل لنا هذه الاختبارات
ما نراه في وافة الضنك ؟

وما هي الاستنتاجات التي تستطيع استنتاجها منها ؟ . جواباً عن هذين
السؤالين أقول :

هذه الاختبارات لا تعمل لنا وافادات الضنك الجارفة السريعة الانتشار
التي رأيناها في صيف سنة ١٩٢٧ وخريفها وبما ان شرح هذا الامر ذو
علاقة بالبراهين المضادة لانتشار الضنك بالبعوض فاني سأتكلم عنه بعدئذ
اما الاستنتاجات التي نستنتجها من هذه الاختبارات فهي ان الطيار
متى غُذي بدم مضموك ولدغ صحيحاً لقحه بعامل الضنك المجهول ونقل اليه
المرض اي ان هذه البعوضة كانت واسطة لنقل الداء كما هي ابرة المحقنة فكما
ان استخراج دم قليل من وريد المضموك فكذلك استخراج قليل من دم المضموك
بمخرطوم البعوضة وحققها الصحيح به ينقل اليه الداء ايضاً ولعل البعض يبتدرني
بهذا السؤال لماذا البعوض الملوث لا ينقل الضنك الا بعد ان يمر على تغذيته
بدم المضموك تسعة ايام اذن لا بد من ان يكون قد طراً على فوعة الضنك
الراشحة في جسم البعوضة تطور خاص ضروري لنقل الداء فهي اذن وسيطة
لا غني عنها وانا اسأل بدوري اذا كان لا بد للدم من تبدل يطرأ عليه في جسم

البعوضة فلماذا الدم المستخرج بالحقنة ينقل الداء دون ان يمر عليه ذلك الوقت اللازم للتبدل؟ اما الجواب علي سؤال المعترض فهو ان الايام الثمانية التي لا يد البعوضة منها بعد ان تغذى بدم المضنوك لتعود ناقلة للداء واجبة علي ما اري لان فوعة الضنك القليلة العدد في الدم الجزئي المستخرج بخروطوم البعوضة لا يكفي لنقل الداء غير انه متى مرت عليه بضعة ايام فتكاثر كما في المستنبتات يعود عدده كافياً للعدوى فحكم البعوضة اذن كحكم ابرة الحقنة ليس غير . لان هذه الاختبارات لم تجر إلا علي الطيثار والجرس ولعلها اذا أجريت علي باقي الحشرات كالبق والبراغيث اثبتت انها ينقلان الضنك ايضاً ولحق لنا حينئذ ان نقول باتتقال الضنك بهذه العوامل الثلاثة .

وربما اعترض البعض قائلاً ان اختبارات بلن وكامينوبتروس كانت صريحة بما يتعلق بالجرس فهي قد نفت كل النفي نقلها للداء واثبتت نوعية البعوضة الناقلة أجل لست انكر هذا غير ان نقل الطيثار للضنك وعجز الجرس عن نقله ربما كان سببه خلاف ذلك وهو كون الطيثار اكثر ولماً بدم الانسان من الجرس كما ثبت لنا ذلك لوجندر (Legendre) واليك ترجمة كلامه : « بعد ان اخبرت انواع البعوض سنتين كاملتين لم أجد سوى مرة واحدة في انبوب الجرس الهضمي دماً وكان معظم البعوضات الاخرى اناثاً معدة للاباضة

وعلى العكس فان الطيثار ولمة بدم الانسان حتى التهم متى كانت حرة واذا تغذت بدم بعض الحيوانات فلا تفعل هذا الا مضطرة وقد رأيت مرة واحدة طيثاراً تلدغ قطعاً في شفته »

فهذا يبين لنا ان الطيارة اذا نقلت الضنك فلائها مهمة ولعة بدم الانسان واذا لم ينقله الجرجس فلائنه أشد ولعاً بدم الحيوانات . اقول هذا ايها السادة لا لا ئني انتقال الضنك بالطيارة ولا لا ئط من قيمة هذه الاختبارات العلمية التي أقر بصحتها ولكن لا ئين ان الضنك اذا انتقل بالبعوض فهو لا ينتشر انتشاراً وبائياً بهذا العامل للاسباب التي استأذنكم بسردها :

اولها سرعة انتشار الوباء فهو كما تذكرون قد اصاب بثلاثة اسابيع في ائنة اربمائة الف وفي دمشق ما ينوف على خمسين الفاً في اسبوعين فاذا سلمنا جدلاً بانتشار الضنك بالبعوض كان علينا ان تصور ان الوفاً مؤلفة من البعوض قد هاجت دفعة واحدة المريض الاول الذي أُصيب بالضنك وبعد ان مرت عليها تسعة ايام وفقاً لاختبارات بلن وكامينوبتروس واصبحت قادرة على نقل الداء انتشرت في حي من الاحياء ولدغت زهاء خمسين الفاً دفعة واحدة وبعد ان قضى هولاء المددوغون زمن حضائهم وهي ٦ — ٧ ايام (بنايوتاتو) ظهر الضنك فيهم دفعة واحدة وما تقوله عن دمشق نقوله عن ائنة ايضاً وربما عن بيروت التي رأيت بأعينكم وافدتها وهذا الامر على ما أرى صعب التحقيق ان لم نقل ضرب من المحال .

وثانيها : ظهور الضنك في مرتفعات وفي ازمئة لا بعوض فيها وقد اثبت هذه القضية كثير من المؤلفين فقد ذكر الاستاذ دهبون في رسالة الطب الحديثة انه رأى الضنك في وافدة ١٨٨٩ في بعض القرى التي يبلغ ارتفاعها ١٥٠٠ متر عن سطح البحر وان المصطافين في اهدن قد أُصيبوا في

وافدة ١٩٢٧. بالضنك كما أصيب سكان البلدان المعتدلة الارتفاع واهذين يتجاوز علوها عن سطح البحر الحد الأقصى الذي ذكره. برؤيت حياة البعوض وهو ١٢٠٠ متر وتسقط فيها الحرارة الى أقل من ٢٣ مئوية ليلاً ونحن قد لاحظنا في وافدة دمشق أن الضنك تابع انتشاره حتى كاتون الاول من السنة نفسها اذ كان البرد قارصاً شديداً لا يناسب حياة البعوض وهذا ما لاحظته رنه اولمن ابوستولو وجورج ابوستولو اللذان درسا الضنك في كفالاً فان هذا الداء بعد ان اصاب بعض العملة الآتين من اثنية انتشر انتشاراً وبائياً راعباً على الرغم من جميع الاحتياطات التي اتخذت في مكافحة البعوض وشدة انتشاره وقعت في الايام الباردة حين كان البرد قد قضى على البعوض فكان يدخل البلد فيصرع سكانه جميعهم وينقل منه الى مدن لا أثر للطيار فيها كما كانت عليه التزلة الوافدة في سني ١٩١٧ و ١٩٢٨ »

ونالها ان الوسائط التي تقي من البرداء لا تقي من الضنك وقد درست هذه القضية درساً دقيقاً حين وافدة الضنك الاخيرة لدمشق درستها في عيلتي وفي المرضى العديدين الذين شاهدتهم واستنتجت ان الكلال (الناموسيات) والشباك المعدنية التي تسد بها النوافذ والابواب وهي خير واسطة لوقاية الناس من البرداء لم تفد أقل فائدة في وقاية الناس من الضنك لان معظم الذين أضيوا في حي باب توما لا ينامون ليلة واحدة بدون كلال ولم يكن البعوض سنة ١٩٢٧ كثيراً جداً ليقال انه كان يلدغ الناس نهائياً وهم غافون على اشغالهم بل لم نشعر قط ان نسبته قد زادت عن السنوات السابقة فلما ان الضنك ينتشر بالبعوض وبالبعوض فقط كانت الوسائط التي توقفت الشتران

(اي الانوفال) وتمنعه عن نشر البرداء كافية لايقاف الطيثار(اي السناغوميا) ومنع ضرره مع ان الامر لم يكن كذلك في الوافدة الاخيرة .

ورابها انحصار الضنك في شواطئ البحر المتوسط مع ان الطيثار منتشر في كل مكان واست ارجب في أن أطيل الكلام عن هذا الامر الاخير لان الاسترسال فيه يدعوني الى التوسع في تاريخ الضنك وهذا ما لا أجد مجالاً له في هذا المساء .

وقبل أن أنهى الكلام اسمحو الي ايها السادة ان اذكر لكم آراء بعض من حضروا مؤتمر القاهرة الطبي الاخير وناقشوا فيه لتيقنوا ان الرأي الذي ترتأيه قد كان له نصراء وان الكثيرين يشاركون فيه :

قال الاستاذ بازسون : « يستنتج من تقارير ترابو ولايوبول دوبر وعرقنيجي وخوري ان تميز ضنك بحر الروم عن الضنوك الاخرى امر لا بد منه غير انني احتراز من الاشتراك بالجدال لانني لم أرا الضنك بعيني ولكنني اجيز لنفسى فقط ان اقرب اوثمة النزلة الوافدة التي صادفتها سنة ١٨٨٩ ولا سيما سنة ١٩١٩ وسرعة انتشارها من وافدة الضنك التي صادفتها زملائي وان اقول ان في سرعة تفشيها ما ينافي انتشار الضنك بالبعوض .»
ويقول الدكتور عرقنيجي «هل الضنك منتشر بالطيثار ؟ لست أعتقد بهذا بل أرى انه لا بد من التسليم بانتقال ضنك بحر الروم بالهواء كالخصبة وان الاحتياطات الصحية في الوقاية يجب ان تتجه هذا الاتجاه »

ويقول الدكتور الفرد خوري : «... ألتفتت من هذا ان الضنك منتقل بالبعوض ؟ لا مطلقاً لان وباء الضنك وانتشاره الجارف الذي يصيب قسماً

كبيراً من السكان وربما ربهم او ثلثهم وظهوره في ارجاء لا طيثار فيها وفي
امكنة لا يحيا فيها البعوض لانخفاض حرارتها كل هذا يبين لنا ان الضنك
مقتل من الانسان الى الانسان وانه لا يشذ عن سراية التعفنات الاخرى
ذات القوعة الراشحة »

ويقول سا كورافوس « يزعم المؤلفون الذين شاهدوا الضنك
وعالجوه انه مرض مبتل بالبعوض . . غير ان احدهم زملائنا شاهد الضنك
في مرتفعات لا ناموس فيها ورأينا نحن مرضى عديدين في أسر خمس مختلفة
أصيبت فيها الامهات والاشخاص الذين كانوا يقومون بخدمة المرضى
بعد شفاء هؤلاء وتوسف جلودهم بنحو من اسبوع فهل تنسب هذه
الاصابات الى البعوض نفسه ام ان العدوى انتقلت اليهم بالملامسة ؟ وهل
الضنك مرض عفني سار ؟ وهل نقله الى اثنية اليونانيون الذين كانوا في آسية
الصغرى الموبوءة حين عودتهم اليها ؟ اتنا لا نستطيع جواباً غير ان هذا
الوباء الذي انتشر هذا الانتشار الراجح يمثل لنا النزلة الوافدة التي اجتاحت
اوربة بعد الحرب الكبرى دلت الاختبارات التي قام بها بلن
وكامينوبتروس في اثنية ان البعوض دوراً مهماً في نقل العدوى ولكن
هل البعوض وحده العامل الناقل ام ان هناك واسطة أخرى ؟ اتنا لا نحب
عن هذا السؤال الذي يحيط به البعوض لان الضنك قد ظهر في اماكن
لا أثر فيها للطيثار »

يستنتج من حديثي معكم في هذا المساء ايها السادة ان ضنك بحر الروم
يتصف بصفات خاصة تميزه عن ضنوك البلاد الحارة وأهمها النفاط وانه اذا

انتقل بالبعوض فهو لا ينتشر ذلك الانتشار السريع به لان في درس وافداته
مما يدعو الى الظن بسبب ثأن للانتشار نعني به الهواء والملامسة هذا هو
رأينا الخاص الذي دافعنا عنه ولا نزال ندافع حتى ينفضه العلم فنسلم بفساده
او تثبته التحريات المقبلة فيسلم بصحته من يخالفنا اليوم به واتنا لنسر ان نرى
عدداً عديداً في البلاد العربية والاورية يقاسمنا هذا الرأي واتنا كنا اول
من أثار شرارة هذا البحث الاولى فكان منها نور ثاقب جلا بعض الغموض
والمستقبل كفيل بجلاء الباقي .



هبوط الاعضاء التناسلية

للدكتور لوسر كل استاذ السريريات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاصر

كان القدماء يقولون هبوط الرحم مع ان هبوطها لم يكن جزءاً من الاعضاء الهابطة لان المهبل والمثانة وربما جدار المستقيم الامامي تكون هابطة في الغالب فعلينا ان نقول اذن هبوط الاعضاء التناسلية او الهبوط التناسلي من ان نقول هبوط الرحم . غير ان العضوين اللذين يهبطان غالباً هما الرحم والمهبل .

لا تهبط الرحم دون ان يهبط المهبل لان المهبل متى هبط جر الرحم العالقة به والرحم ثابتة في مكانها بوسائط معلقة وجهاز داعم .

فاو فتح البطن رؤي في اليمين واليسار ان اثنين خليين (péritonéaux) يمتدان من الرحم وماهما الا الرباطان العريضان المتضمنان للرباطين المدورين . ولا يفيد هذان الرباطان العريضان كثيراً في تعليق الرحم فهما يحددان حركات الرحم الجانبية غير انهما لا يمنعان حركاتها الامامية الخلفية .

وليس للربط العانية المثانية في الامام قيمة في الثبيت غير ان الربط الرحمية العجزية في الخلف والاسفل القيمة الكبيرة فهما يمثلان القسم العلوي من الصفاق العجزى المستقيمي التناسلي العالي او غمد فرافاف

الحثلي (hypogastrique) غير ان وسائط التعليق هنذه لا تلعب الا دوراً ثانوياً في تثبيت الرحم . والدور المهم يعود الى وسائط الدعم ونعتي بها الجسم العجاني الذي يشتد فعله كلما كان المهبل متجهاً اتجاهها مائلاً الى الاسفل والامام ، وفوق هذا الجسم العجاني نرى صفاق العجان المتوسط المتضمن لسلسلة من الحزم العضلية ، والعضلات الرافعة للشرح

فلا يحدث الهبوط ما زالت الدعامة العجانية والرافعات سليمة يستند اليها المهبل . غير انها متى قصرت دفع الضغط البطني اعضاء الحوض خارجاً ومتى لم يعد حجاب الحوض المؤلف من رافعات الشرج والمقوى بالمصرة (sphincter) وعضلات العجان (periné) قادراً على مقاومة الضغط البطني غلب هذا الحجاب وحدث الهبوط يبطه كما تحدث الفتوق الناجمة من ضعف جدار البطن . ولكن لم يحصل هذا الضعف ؟ ان الذنب الكبير يعود الى الولادة التي تمدد النسيج وتمزق العضلات وتقتلع المهبل وتوسع هذا الحجاب . فالرافعات التي يشدها رأس الجنين تتمزق من دون ان يبدو فيها جرح ظاهر والحمل المتكرر بدون انقطاع كافٍ وعودة الاعضاء الى حجمها وتقلصها الطبيعيين ، والنهوض من الفراش المتسر بعد الولادات هي اسباب لتطويل الربط المعلقة واضعاف الدعامة العجانية .

ولا ننسَ تمرقات العجان التي تلعب دوراً مهماً ايضاً غير انه لا بدّ علاوة على ذلك من ضعف عضوي يصيب النسيج ومن ضهور حقيقي يطرأ على العناصر الليفية في الغمد الحثلي فيؤهل المريضة للاسترخاء وهبوط اعضاء الحوض . غير ان الهبوط في العذارى او المتزوجات اللواتي لم يلدن ليس

بالامر النادر وما سببه الا تقصير ولادي في النسيج .

ولا نغني هذا ان جميع النساء اللواتي يلدن معرضات للهبوط بل نغني به انه كثير الحدوث حيث النبات يتزوجن وهن حديثات السن وحيث النساء يلدن عدداً عديداً من الاولاد ويهملن زمن النفاس . فان الراحة في القراش ١٥ - ٢٠ يوماً واجبة بعد الولادة والا فان وسائط التثبيت تدق وتطول وترتخي والدعامة العجانية تهمل ويطول المهبل ويتسع دون ان يكون له ما يدعمه فيتجه الى ان يكون عموداً فيؤثر حينئذ الضغط البطني والجهود المكثرة ولا سيما في النساء اللواتي يشتغلن اشغالاً متعبة فتتهبط اعضاء الحوض . واول ما يصادف هو انقلاع الجدار الامامي للمهبل لانه اقل ثباتاً من سواه فيؤدي انقلاعه الى انجرار المثانة المتصقة ويكون الهبوط في بدئه موضعاً (localisé) اي ان المثانة تهبط ويرى ان الفرج يفتح بعض الافتتاح حين الجهد وان جدار المهبل الامامي يبرز من خلال الشفرين الصغيرين : وهذه هي الدرجة الاولى من الهبوط . وقد يتبع الجدار الخلفي المرتكز على ما بقي من العجان حركة الجدار الامامي . ويفتق بدوره : فيتكون فتق مستقيمي او بالاحرى فتق مستقيمي موهم (pseudo-rectocèle) لان المستقيم لا يشترك بالنزول : فالمهبل يلتصق في الامام بالمثانة فيجرها غير انه في الورااء منفصل عن المستقيم بنسيج خلوي رخو فلا يجر المستقيم معه وهبوط المهبل يقضي الى تقويم الرحم فتصبح حيث في محور الجرى التناسلي مستعدة للاندفاع فيه كأنها مجرى فتق حقيقي . وهذه الرحم العالقة في العالي بالربط الرحمة العجزية والتي يجرها المهبل الى الاسفل والمعرضة لركود

احتقاني تحدثه هذه التبدلات في الوضعة يطول ويضخم قسمها الواقع فوق المهبل او تحته ولا يلبث عنقها ان يبدو في الفرج ما بين فتق المثانة في الامام والفتق المستقيمي في الوراء ويكُون معرّضاً للاحتكاكات فيتقرح .

ومتى انقلب المهبل انقلاباً تاماً تتبدل الرحم بين الفخذين ويصبح الهبوط تاهاً . ويتلف غشاء المهبل المخاطي المنسدل ويتقرح وقد تلتهب الرحم . وترى ايضاً تبدلات مثنائية فتكون حصوات في القسم المنفتق ويشد الحالبان وربما بدت تبدلات كلوية .

والهبوط يكاثر برى دائماً في هذه الحالة وتسهل اعادته متى استلقت المريضة على ظهرها . ويتكُون الهبوط في الغالب خلصة فتشعر المريضات ببعض الثقل والشد متى وقفن طويلاً غير ان النقطة الاساسية في الغالب هي اضطرابات المثانة : كثرة البيلات (mictions) نهائياً وزوالها ليلاً متى ارتاحت المريضة وعودتها في الصباح ولا سيما متى تعبت المريضة .

وتشخيص الهبوط سهل لانه قلما يلتبس بشيء آخر فتجب معاينة جوف الرحم واذا ادخل المسبار عرف ان الجيب قد اتسع ووجب تمييز ما اذا كان هذا الاتساع مسيئاً من ضخامة العنق او من الورم الليني . وقترة (cathéterisme) المثانة تبين لنا درجة هبوطها ومس الشرج متى لم يستند كثيراً الى جدار المستقيم يدلنا ما اذا كان فتق مستقيمي حقيقي .

وبعد ان يرد الهبوط تعان الرحم جيداً ليعلم ما اذا كان فيها ورم ليني او التهاب في الملحقات . ويجب ان تعان بالخاصة حالة العضلات الرافعة وذلك بالطريقة الآتية تدخل اصبعان مفرقتان في المهبل وتسأل المرأة ان تقرب

فخذيهما كما لو كانت تريد ان تضبط نفسها عن التغوط فتتقلص الرافعات في الحالة الطبيعية وتشعر بهما الاصبعان حتى انه يستطيع مسكهما في الجانبين واما اذا كانت ضامرة فلا يشعر بشيء* .

ومعالجة الهبوط يجب ان تكون وافية فقط بترميم تمزقات العجان ان عاجلاً او آجلاً . فتي تمزق العجان في سياق الولادة سواء كان تمزقه مسبباً من تقلص الرحم تقلصاً فجائياً او ناجماً من تطبيق الملقط يجب ترميمه في الحال بعد خروج الخلاص .

ولا حاجة الى خياطة العجان خياطة متقنة ولا الى خياطة الطبقة العميقة بالحمشة (catgut) لان هذه الخيوط تتمغنق فتعزل حرارة المرأة ويظن ان هناك حمى تقاس بل يكفي بتقريب النسيج كتلة واحدة بشعر فلورنس او خيوط فضة تعزز بارة أمه . ومتى شقت مصرة الشرج واتصلت فوهته بفوهة الفرج جرب البعض خياطة المستقيم والمهبل والعجان غير ان هذه الخياطة تتعمل في اغلب الاحيان او ان الطبيب يضطر الى نزاعها متى تعفن الجرح . فيفضل اذن ترك الجرح وشأنه لكي يندمل عفواً . وبعد مرور شهرين او ثلاثة اشهر تكون قد تحسنت الحالتين الموضعية والعامية فيرمم العجان والشرج والمهبل ترميماً حسناً . وعضلات العجان تبقى ولو تمزقت فتتفر ثم تحاط فتكون الدعامة التي تدعّم اعضاء الجوف البصغير والطرق عديدة : . تقطع الندبة الفرجية المهبليّة ويرمم العجان بتقريب الطبقات العضلية الصفافية العميقة الممزقة ويعتني بالخاصة بخياطة الرافعات وترميم مصرة الشرج وتنتهي العملية بترميم الطبقة العضلية الجلدية . فتكون

المرأة قد اتقت هبوطاً مقبلاً بخياطة العجان هذه . وكل طريقة لا تخاطبها الرافعات يجب نبذها لان العجان العضلي الجلدي فقط لا يكفي لدعم اعضاء الحوض وهذا ما كان يصفه القدماء .

ومتى تكون الهبوط كانت العضلات مقصرة . ولم تجد فيها المعالجة الدوائية من حقن قابضة وذلك وتمرن أسوجي الا فائدة قليلة والفرازج pess aires وما يشاكلها لا تجدي نفعاً وهي لم تعد مستعملة في عصرنا لانها من العصر السابق .

لا بل الفرزجة مضره هنا لانها لا تستند الى العانة بل الى الرافعات والنواة العجانية وهي عدا الحوادث الالتهابية التي تنجم من وضعها مدة طويلة تمدد المهبل فتضمر عضلات العجان الضعيفة شيئاً فشيئاً وتقع اخيراً فوضع حيثئذ فرزجة اخرى اكبر منها يكون حفظاً حظ رفيقتها الاولى .

فالمعالجة الوحيدة التي يتق بها هبوط الشرج هي المعالجة الجراحية ليس غير . وهناك شيئان مهمان جداً لا تذكّرهما النساء وعلى الطبيب ان يتحراها جيداً قبل العملية : تقصير مصرة المثانة ومصرة الشرج فتصلحان في اثناء العملية .

وكان القدماء يستأصلون الرحم او يثبتونها غير ان هذه العمليات كانت نتيجتها سيئة للغاية . لان المهبل والمثانة بعد استئصال الرحم الذي كان يجريه القدماء ونبذ اليوم نبذاً باتاً يهبطان متى وقفت المرأة . ولا يجوز استئصال الرحم الا متى كان ورم ليفي او سرطان او التهاب ملحقات . اما تثبيت الرحم بالجدار فلا يكفي لان الجدار ينحفض والهبوط يعود الى الظهور .

والنقطة الاساسية هي ترميم ارض الحوض اما بالتضخيم وهذا لا يكفي (طريقة هاجر القديمة) او بتضعيف الرافعات وخطاتها وهذا ما هو مستعمل اليوم وينهى الامر بخياطة العجان.

واذا كان المهبل شديد الاتساع يبدأ أولاً بخياطة المهبل الامامية لكي يضيق وتقطع من جدار المهبل الامامي شريحة واسعة يضيقة وحذار من المثانة لان الخطر كائن هناك. ومتى كان سلس (incontinence) مثالي يبدأ بالتسليخ قرب الصماخ ويكشف الاحليل على بعد عدة سم دون ان يثقب ويفطى بجميع النسيج المجاورة دون ان ترمم مصرة المثانة فيكون قد وهب الاحليل بعض المثانة. وبعد ان ينتهي من قطع الشريحة ويرقأ الدم تقرب حافتا المعين (losange) الجانبيتان المنصرتان عمودياً وتحاطان.

ومتى تمت خياطة المهبل الامامية ودفع العنق تبسط الحافة الخلفية للفرج بمنقاشين ويفرز الموضع بين جلد العجان وغشاء المهبل المخاطي وتسلخ الشفة المهبليّة حتى السطح السهل التسليخ الذي يسهل به جيداً فصل المستقيم عن المهبل والخطر كل الخطر في المستقيم فيجب تحاشياً لثقبه ان يكون التسليخ موجهاً نحو المهبل لانه اذا ثقب فلا اهمية لثقبه ويسلخ عميقاً ما امكن بعد قطع الشريط المستقيمي المهبلي حتى الوصول الى الرافعات او ما بقي منها فتقرب كتلة واحدة بخياطة متينة متقنة.

ولكي يفالج سلس المصرة الشرجية تقنلع حافة الشفة السفلى حتى اليافه المقطوعة ومتى بدت تصنع بعض غرز بشكل (u) فتقرب هذه الالياف من الخط المتوسط وترمم مصرة الشرج باعتناء.

ثم تخاط حافتا الجرح الجلدي حسب اتجاه امامي خلفي بفرز تحفص غشاء المهبل المخاطي في الوقت نفسه الذي تقطع منه اخيراً شريحة مثلثة طافية وهكذا تكون قد رمت فوهة الفرج ويجب ان يكون الفجان بعد العملية عالياً كثيفاً متيناً والفرج والمهبل ضيقين ضيقاً معتدلاً لانه لا بد من التفكير بالولادات المقبلة .

واما في السنوات اللواتي انتهى زمن الحبل فيهن فيسد بعض المهبل وهذه هي عملية لافور اوكله وهذه هي عملية مولر وقد وسع هرتمان عملية لافور وقبلها حنا لويس فور. يسلم على وجهي المهبل الامامي والخلفي مثلثان من الغشاء المخاطي محوراها الكبيران عموديان ومخاطان بعدئذ بفرز من الحمشة مبتدئة بقاع المهبل ومنتية بالفرج ويجب ان تكون السطوح المنضرة متناظرة تمام التناظر ويكون طولها ٧ - ٨ سم ويبدأ على بعد سم من العنق وينتهي على بعد سم من صماخ البول ولا يترك في الجانين الا شريط مخاطي عرضه ستمتران وهو المر الذي ستنصب فيه مفرزات الرحم . وتكمل العملية بخياطة العجان الداعمة وينزع مولر (من رن) جميع الغشاء المهلي عن اكثر المهبل ويسد جوف المهبل المعرى بخياطة وبعد ان يدفع الاعضاء الهابطة جميعها يفلق المهبل قريباً من الفرج. ومحدور هذه العملية هو ابقاء رحم قد تدرطن خلف هذا الجدار الندي .

ومنهم من صنع اكثر من ذلك فاستأصل الرحم بطريق المهبل قبل ان يخيط المهبل غير ان هذه العملية لا تخلو من الخطر متى كانت المرأة مسنة . وقد اشار شوطه بوضع الرحم بعد قلبها في الامام بين جندار المثانة

والمهبل غير ان هذه العملية خطيرة ايضاً ولا يستطيع اجراؤها الا بعد
الضهي (ménopause) .

وجميع هذه العمليات المعقدة ليست اضمن نتيجة ولا افضل من العمليات
البسيطة التي ثبت نفعها . ويستطاع ان يشرك معها بعض العمليات المتممة
التي من شأنها ضمان النجاح : تقصير الربط ، بتر العنق متى كان ضخماً .
فهذه العملية المثلثة خياطة المهبل الامامية وخياطة المهبل والعجان الخلفية
مع خياطة الرافعات وتقصير الربط وهي الطريقة الفرنسية تفي بجميع
الحاجات فهي تضيق المهبل وترمم العجان وتعيد الرحم زاوية قائمة على المهبل
ومتى حضرت العملية جيداً واتقن اجراؤها لا يحدث النكس الا
متى قصرت العضلات والصفق تقصيراً تدريجياً يضيف النسج كما يحدث
في بعض الفتوق بعد التحسين .

فما هي العملية التي يحق لنا ان نعلم عليها اذن ؟ ان الارض متعلق بدرجة
سلامة الرافعات او تقصيرها .

فاذا كانت الرافعات حسنة تصنع خياطة المهبل الامامية وخياطة العجان
الخلفية وخياطة الرافعات المتقنة أياً كان عمر المريضة : وهذا هو الوقت
الاساسي .

ومتى كانت الرافعات مقصرة في امرأة فتية لا تزال تبيض يجب اجراء
العملية المثلثة : خياطة المهبل والعجان الخلفية مع خياطة الرافعات وتقصير
الرباطين المدورين وبتر العنق اذا كان مريضاً وضخماً واما اذا كانت المرأة
مسنة ولا تبيض فيفسد المهبل سداً واسعاً .

ومتى كانت الرحم او الملحقات مريضة (التهاب الرحم الشيخوخي ،
 عنق مشكوك فيه) تستأصل الرحم بطريق المهبل او البطن ويسد بعض
 المهبل او كله — هذا ما يقال في هبوط الاعضاء التناسلية التام .
 واما متى كان الهبوط قسماً وهي حالات نادرة تشابه فتوق المثانة او
 المستقيم او الفتق امام الرحم او فوق دوغلاس فيستدعي عمليات مناسبة
 لكل نوع من هذه الانواع . ثم تكمل العملية بخياطة العجان احتياطاً مع
 خياطة الرافعات .

معالجة الألم القطني

ينجم الألم القطني في الغالب من جهد قطني ويقع المرض في مفصل او في عدة مفاصل .
 وقد ينتشر حتى المفصل العجزي الحرقفي . ويجب ألاّ يلتبس المرض بالتهاب المفصل في
 العمود الفقاري ولا بالداء العجزي الحرقفي ولا بالحراجات العميقة . ويكون الرجا العجزي
 الحرقفي في هذه الحالة مؤلماً لدى الضغط بحيث يصعب على المصاب ان يلتفت او ان
 يتناول شيئاً من الارض . ويشاهد خارج الكتلة الضلعية تكثفاً تكشفه الاشعة .
 وخير معالجة لهذه الحالة ، الراحة في السرير بضعة ايام من ٨ — ١٤ يوماً على ان
 تدفأ الغرفة جيداً وتستعمل محمرات جلدية .
 ويجحد كثير من الاطباء استعمال لبخ الاتي فلوجستين الحارة على الناحية القطنية مدة
 ساعتين الى ثلاث في كل يوم على اسبوعين فيسكن الألم .
 والحذر من تحميم الجسم كاملاً . ويكفي ان يتمنطق حول الناحية المتألمة : بنطقة من
 صوف مدة شهر منعاً لتكس المرض .



نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السليبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

٢

الاستاذ بول رافو عضو المحفى الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى

القديس لويس في باريس

ترجها الدكتور عزة مريد الطيب الداخلي في مستشفيات دمشق

— الفصل الثاني . —

— تعاليم عامة عن تفاعلات السائل الدماغي الشوكي ومنشئها —

أرى من الضرورة قبل البدء بدرس المشاهدات التالية ذكر التفاعلات التي ساعدتنا كثيراً على درس السائل الدماغي الشوكي في مرضانا فان ذلك أدعى الى فهم هذا السؤال. منذ سنة ١٩٠٠ تعددت التفاعلات المتخذة لتحليل السائل الدماغي الشوكي كثيراً ثم ما لبثت ان شاع استعمال بعضها شيوعاً كبيراً واهملت تفاعلات أخرى واحتدم حول بعضها الجدل مدة طويلة واستعملها بعض العلماء فقط .

اما انا فقد جربت جميع تلك التفاعلات ولم احتفظ في تحرياتي الخاصة الا ببعضها لانه حينما يبت في تطبيق احد هذه التفاعلات يجب ان يلاحظ فيه حسن النتيجة وسهولة العمل فاذا ما قيست الصعوبات الفنية في التفاعلات مع نتائجها وجدنا ان اكثر الطرق المعقدة بل جميعها لا تأتي بنتيجة تفوق

النتيجة التي تأتي بها الطرق البسيطة ولذا فأنى اقتصر على درس التفاعلات الاربعة التالية :

١ — التفاعل الحلوي .

٢ — تفاعل الآح الاجمالي (réaction globale des albumines) .

٣ — تفاعل التثيت (بوردة فاسرمان وتفاعلات التحوصب R.de flo-culation والتفاعل الجاوي) (غين) .

٤ — التفاعل الدموي .

ولا يخفى ان درس التفاعل الدموي يجب ان يسير مع التفاعلات السابقة جنباً لجنب .

آ — نبذة في منشأ هذه التفاعلات وطبيعتها

١ — التفاعل الحلوي : هو اقدم التفاعلات وقد كنا اول من ذكر هذا التفاعل سنة ١٩٠٠ ولا يزال استعماله شائعاً وارى من اللازم ذكر بعض النقاط الاساسية عن هذا التفاعل : توضع على خلية ناجوت قطرة من السائل غير المتبذ لمرفة عدد ما يحتويه ذلك السائل من العناصر الحوية ، ولعلم انه ليس لعدد الخلايا اقل علاقة بوخامة التفاعل السحائي فان كثيراً من المسهومين او المصابين بالقلع العام لا يرى في سائلهم الدماغي الشوكي الا عدد قليل من الخلايا على عكس كثير من المصابين بأفات سليمة كداء المنطقة (Zona) والمقبول فانهم يظهرون تفاعلاً سحائياً واضحاً غير انه سريع الزوال خلافاً للزهري الذي يبدي في الغالب تفاعلات خلوية واضحة لا تلبث ان تضمحل من تلقاء نفسها ولا تكون وخيمة البتة وعندي انه

لا يستطيع تعيين الحد الاصغر لعدد الخلايا الذي متى اجتيز تمكنا من اثبات حالة مرضية ومع ذلك فليس لهذا الامر الا اهمية ثانوية لانه كثيراً ما نرى في التفاعلات الحفية والاشكال السليمة للزهري العصبي تزايداً في التفاعلات الخلوية مع اننا لا نرى هذا التزايد في الاشكال الوخيمة اذن فليس لتعيين عدد الخلايا اقل قيمة في الانذار .

اما ما يجب ان ينظر اليه بعين الجد فهو صفات الخلايا لانه كما لا يعبأ في الحزرة بعدد الخلايا المرتشحة في النسيج قدر ما يعبأ بطبيعتها فكذلك الامر في هذه التفاعلات فانه يهتم بايضاح طبيعة العنصر المكتشف وصفاته ، اما طريقة مدِّ الراسب بعد الانتباز على الصفحة تلك الطريقة التي استعملتها مدة طويلة فلا تسمح بالاستيضاح عن صفات الخلايا التي قد تفسد بالتخفيف من جهة وبكولور الصوديوم المشكائف من اخرى .

اذن فالتلوين الحيوي هو الطريقة المختارة التي درستها حديثاً مع الميسو بولان في مذكرة طويلة ظهرت في كانون اول سنة ١٩٢٧ ونشرت في (حولية امراض الجلد) ويستعمل في ذلك بيرونيث المثلث الاخضر (Pyronine-vert de méthyle) وهو معيار (اونا-بانهام) .

يوضع السائل الدماغي الشوكي في انبوب انتباز ضيق ما أمكن ثم يدار بسرعة شديدة ١٠ - ١٥ دقيقة وبعد ذلك يبان السائل عن الراسب بإمالة الانبوب وجعل ذروته الى الاعلى تدريجاً حتى يسيل جميع السائل المجتمع فوق الراسب قطرة قطرة ثم يدخل في الانبوب ممص رقيق جداً ويحك به قعر الانبوب مكان الرسوب فينتقل الرسوب من الانبوب الى المص

بالخاصة الشعرية فينشر ما في الممص على صفيحة نظيفة وتضاف اليه قطرة من البيرونيين الحديث ويستمر بصفيحة تحاط بالشمع من جميع جهاتها وتعاين بالمجهر. فأولى العلامات المستحصلة هي سرعة تلون الخلايا لان اول ما يتلون من العناصر هي الخلايا المائية خلافاً للخلايا الحية التي تبقى شفافة عدة ساعات ولا تتلون الا بعد ان تنقص حيويتها (ولذلك كانت تسمية التلون الحيوي خطأ لان الخلايا الحية ترفض الملون ولا تقبله الا بعد موتها) اذن فمعرفة التلون الخلوي اتت بفائدة عظيمة لان وجود الخلايا الحية يدلنا على ان الآفة في دور نشاطها خلافاً للآفات القديمة التي تميل الى التصلب فلا يرى فيها الا خلايا مائتة ، ويجب ألاّ يكتفى بفحص هذا المحضر مرة واحدة بل تجب ملاحظة التلون مدة طويلة اذ تبدو بعد زهاء ست ساعات نماذج خلوية متعددة : فبعضها ذو نواة زرقاء وهيولى وردية اللون شاحبة فيها نوية او عدة نويات وهي الخلايا البلغمية او ما تسمى وحيدات النوى .

اما الخلايا الاخرى فذات نواة زرقاء ونوية واحدة وتمتاز بلون هيولاها الاحمر القاني والحبيبي وبأحجامها المختلفة فهي خلايا المصورة (Plasmazellen) التي كشفتها منذ تحرياتي الاولى وهذه الخلايا هي التي تشكل قوام النسيج الزهرية ولذا فهي ترى في السائل الدماغي الشوكي كما ترى على مقطع نسجي ولها في كليهما الاهمية نفسها فهي تدل على آفة حادة وتقف شاهدة على التهاب سحائي فاعل وهي ايضاً نذير الخطر . وترى عدا ذلك كميات النوى واشكال اخرى مختلفة للخلايا كلها صورت على لوحة ملونة الحقت بالذاكرة السابقة . فاذا وضعنا عدد الخلايا المشاهدة في السائل الدماغي

الشوكي في الدرجة الثانية من الالهية فان صفات هذه الخلايا على العكس من الالهية بمكان لان الخلايا نفسها بصفاتها السابقة ترى ايضا في السحايا وقد اتفقت الآراء على الاعتراف بان جميع هذه العناصر المنتشرة في ملء السائل الدماغي الشوكي تأخذ نشأتها من الآفات السحائية الوعائية المحيطة بالنسيج العصبي النليل ويستدل بها على البريميات الشاحبة .

يستدل مما تقدم ان ظهور هذه التفاعلات الخلوية باكرأ قبل غيرها يدعو الى الاستنتاج بان الآفات السحائية تتقدم كثيراً آفات الجوهر العصبي التي يشخص بها الزهري العصبي سريرياً علي ان هذه القضية لا تزال قيد الجدل فالبعض يعتقد بان الآفات السحائية الوعائية هي الابتدائية وان آفات الجوهر العصبي هي تالية او معاصرة (رافو وفنسن وغيرهما) والبعض الآخر يعتقد العكس (سيكار ، سزاري وغيرهما) .

فاذا تركنا جانباً بعض الآفات الوعائية الصريحة المنفردة وبعض الآفات الصمغية الواقعة في ملء الجوهر العصبي رأينا ان الزهري العصبي المعتاد الذي ينتهي بالسهم او القلج العام يتقدمه دور سحائي وان اصابة الجوهر النليل تأتي متأخرة كما انه من الممكن ان يترافق ظهور الاصابتين مع بقاء ظهور الآفات السحائية الوعائية اولاً .

وارى من الفائدة ايراد بعض الاثباتات الجرثومية التي تؤيد منشأ هذه الآفات مع ذكر بعض التحريات والاعمال التي تدل على تقدمها على آفات الجوهر العصبي .

اثبات طبيعة الآفات السحائية الوعائية الزهرية بكشف البريمات في السحايا

المشاهدة الاولى التي كشفت بها البريمية في الجملة العvisية للانسان هي المشاهدة التي اذعتها وبونسل سنة ١٩٠٦ فهي تمهد السيل الى بيان علاقة التفاعلات الخلوية للسائل الدماغي الشوكي بالتهاب السحايا الزهري اذ شاهدنا في ذلك المريض أبان حياته تفاعلاً خلوياً شديداً في سائله اليك ملخصه : م... وعمره ثلاثة اسابيع ظهرت فيه مندفعات زهرية ثانوية بشكل حطاطات مجتمعة تغطي الوجه والجذع والعنق مع ازدياد واضح في حجم الكبد والطحال واختلاجات وحول .

في ١٥ كانون الثاني سنة ١٩٠٤ توفي فقنت جثته فبدت كبد قاسية وطحال ضخمة والتهاب الأم الحنون في الاقسام الامامية لنصفي الكرة الدماغيتين مع التهاب السحايا القاعدية الصريح .

وفي نهاية سنة ١٩٠٥ أبان الفحص الجرثومي عدداً كبيراً من بريمات الزهري في الكبد والطحال واوعية الدماغ ولا سيما في جذرها وفي النسيج الالتهابي المجاور وفي السحايا الفارشة لقاعدة الدماغ وكانت البريمات مفقودة في الجوهر المخي النخاعي والصفائر المشيمية .

وقد سنحت لنا الفرصة بعد سنة خلت بتدوين مشاهدة ثانية تشبه الاولى أتم الشبه : ب جرمن عمرها شهران ولدت من ام زهرية في ٢٨ تشرين الاول سنة ١٩٠٥ في كانون الاول سنة ١٩٠٥ داء فقاعي ومندفعات زهرية حطاطية على الالين وكبد ضخمة وطحال ضخمة واختلاجات وصلابة النقرة ، وبعد التحليل تفاعل خلوي شديد ولكن مقدار الآح طيعي .

توفيت في ٣١ كانون الاول سنة ١٩٠٥ ففتحت جثتها فكانت كبد قاسية وطحال ضخيم والتهاب السحايا القاعدية الصريح مغلقاً للمتنق العصب البصري (كياساً) واعصاب الناحية واوعيتها ثم كشفت برميمات عديدة في هذه السحايا الملتهبة كما كشفت تلك البرميمات في احشاء اخرى مختلفة ولكنه لم ير لها اقل أثر في الجوهر العصبي وأما دم هذه الطفلة قبل موتها فقد كان مفعماً بالبرميمات المتلازمة .

وقد نشرت صور هذه المشاهدات النادرة ووزعت في حينها .

فلهاتين المشاهدتين الاهمية الكبرى لانهما تينان لنا :

١ - علاقات التفاعلات الخلوية للسائل الدماغي الشوكي بالتهاب الاوعية السحائية .

٢ - الطبيعة الزهرية لالتهاب الاوعية السحائية التي لا جدل فيها .

٣ - البرميمات في السحايا بينا الجوهر العصبي خلوا منها وليست هذه الاستقرارات بنات الصدق لان في الاحشاء الاخرى كثيراً من هذا الطفيلي الأمر الدال على ان الجوهر النبل يقاوم الاتان الزهري باديء ذي بدء بدليل ظهور البرميمات في الدم قبل الموت بضع ساعات . وهذا برهان قاطع على ان الاستقرارات الزهرية في الجملة العصبية تصيب السحايا أولاً .

وقد نشر العالم (سيزاري) بعد مدة من الزمن مشاهدة كهل تشبه نتائجها نتائج المشاهدات السابقة اليك خلاصتها :

رجل له من العمر ٤٣ سنة اصيب بمندفعات زهرية صدفية الشكل متعممة .

(بعد شهر من ظهور القرحة فيه) وبعد اربعين يوماً اصيب بفلج شقي أيمن وبكف ثم تلاه سبات فوت .

وكان قد أجرى له قبل موته زلين قطنين تبين في كليهما تكاثر شديد في الخلايا البيض وعند فتح جثته شوهد التهاب السحايا في القسم الخلفي للنخاع القطني مع التهاب خفيف في الأم الحنون الواقعة عند الحدبة الخلقية وقاعدة المخ مع التهاب شرايين سيلفيوس والتهاب محيطها واما البريمات فقد كانت متكاثفة في جوار العقيدات الصمغية وملئها ولم يذكر المؤلف وجودها في الجوهر العصبي او عدمه .

واخيراً لاتمام سلسلة الاعمال المجيدة التي أبانت علاقة التفاعلات الخلوية المرضية بالتهاب الاوعية السحائية ليس لنا الا ان نذكر مشاهدة العالم (باندا) القرية جداً من مشاهدة (سيزاري) مع ذكر بعض المشاهدات الاخرى التي تضاف اليها مثبتة ما ذكر :

يقول العالم كوانستين وسيجل تحت عنوان الاسس التشريحية لتغيرات السائل الدماغي الشوكي في الزهري الباسر والعلماء نير وكينيش وشافشريت (حولية امراض الجلد) انه يستنتج استناداً الى واحد وثلاثين ميتاً فحنت جثتهم ، منهم ٢٦ رضيعاً وجنين واحد و٤ كهول اجريت لهم بزل قطنية كانت نتائجها ايجابية ، ان جميع التغيرات التي تطرأ على السائل الدماغي الشوكي ترافقها آفات سحائية ولا سيما في السحايا الشوكية .

وفي الحالات التي يكون بها السائل طبيعياً والمحور العصبي سليماً تشاهد الآفة تارة في المخيخ واخرى في المخ .

وقد شاهد (دهلابانكو وجاكوب) زهرياً لا يبدي اقل علامة سريرية تدل على استقرارات عصبية فأجريا له بزلاً قطعياً فكان في السائل الدماغي الشوكي تفاعل خلوي صريح وبعد اربعة اسابيع من البزل القطني مات المريض متسهماً بالفروئال ففتحت جثته فكان ارتشاح خفيف في الأم الحنون الخية والنخاعية ، وبعد هذا فلاحاجة الى تعداد المشاهدات الدالة على ان هذه الخلايا في السائل تنشأ من آفة سحائية وعائية وأردد ما قلت سابقاً عن اعتقادي بتقدم الآفات السحائية الوعائية ولا اراني مطيلاً الكلام اذا ذكرت بعض المستندات المثبتة لصحة ما أدعي .

ب — بعض البراهين الدالة على تقدم الآفات السحائية على آفات الجواهر النبيل

١ — يستند البرهان الاول الى ما ذكرناه سابقاً من ان البريعة الشاحبة تستقر في الإيام الاولى للزهري على الجملة السحائية الوعائية بينما يكون الجواهر العصبي خلواً منها .

٢ — يستند البرهان الثاني الى درس سلسلة البزل الدالة على ان التفاعلات الخلوية الناتجة من التهاب السحايا هي التي تظهر اولاً .

٣ — يستند البرهان الثالث الى بعض الاعمال التشريحية المرضية التي جنتها من مجموعة استقراآت ، واليك برهاناً ذكره فنسن في اطروحته :

اذا عمل مقطع على الجذوع او الاعصاب الجذرية لاجزاء التلافيف الخية في شخص مصاب بالتهاب السحايا المزمن ابان سيره (السهام اثناء سيره والفليج العام في بدئه) ونقص ذلك المقطع جيداً يرى ارتشاح بلغمي يتخلل الاخلية الضامة لعدة اعصاب او للام الحنون مع ان هذه الاعصاب في غالب

الاحيان لا تكون مشلولة كما لا يبدي المريض أقل اختلالات عقلية اذن
فالحالة هنا التهاب سحائي والتهاب محيط الاعصاب مع التهاب باطن العصب
الذي لم يبلغ اشده حتى يكون داعياً الى خراب العصب او الدماغ ذلك
الخراب الذي يتجلى باختلالاته الخاصة به واني اذكر مشاهدي لمريضين ماتا
عرضاً ابان سير الزهري العصبي وكان بزلهما القطني ايجابياً ونرى في هاتين
المشاهدتين ان الآفات السحائية كانت في أوج تكاملها بينا آفات الجوهر
النيل لم تكن الا قد ابتدأت :

ج - ت . . . عمره ٤٢ سنة اصيب بالزهري منذ ١٥ عاماً
الاعراض السريرية : اختلاف الحدقتين واتساعهما ، علامة أرجيل ،
اختلاف الفعل المنعكس الداعصي ، فقد الاختلالات الروحية .
البزل القطني : تفاعل خلوي خفيف ، نون وآبات ايجابي ، بورده -
واسرمان مانيك ايجابي .

الدم : بورده واسرمان ايجابي - موت فجائي
فتح الميت : السحايا - مرتشحة بالبلغميات وخلايا المصورة .
قشر الدماغ - التهاب داخل الشريان في الشريينات ، تغيرات شبه
متحولة في الدبق العصبي ، ، سلامة الخلايا ، فقد البريمات
القلب - التهاب الوتين والتهاب الشرايين الاكليلية .

وعلى الرغم من ان المؤلف لم يتبع مشاهدته هذه الا بقليل من الملاحظات
يحسن بنا ان نقابل الآفات السحائية الوعائية الفاعلة الواصلة حتى القشر
وآفات الدبق العصبي بسلامة الخلايا فالآفات السحائية الوعائية هنا اذ هي

التي تعلن بدء الزهري العصبي .

وربما كانت مشاهدة العالمين (سينستان وريزه) ادل وأوضح مما ذكرناه
لوفر ... عمره ٤٣ سنة — علامة أرجيل مثبتة ، اختلالات في الافعال
المنعكسة الوترية ، فقد الفكر الهذيانى والانحطاط العقلي .

بالبزل القطعي — خلايا كثيرة (٦٠) منها ٢٠ في المئة من خلايا المصورة .
الآح — ١,٥٠ غرام ، بورده واسرمان — ايجابي بشدة — جاوي
وباندي — ايجابي صريح . الدم : — بورده واسرمان — ايجابي بشدة
مات المريض بعد ثلاثة اسابيع على اثر ذات القصبات والرئة :
فتح الميت : التهاب السحايا المزمن المنتشر

الدماغ — ارتشاح خلوي منتشر حول الشرايين ، انحلال اللونين
المنتشر مع ارتشاح ماحول الاوعية كما في الشلل العام ولكن اقل
منه بكثير .

وتلخص آراء ذينك المؤلفين بما يلي : التهاب سحائي مزمن والتهاب دماغي
متنكر فشدة الآفات السحائية التي تفوق جدا آفات القشر وفقد الاختلالات
الروحية في الآفات التي اصابته الجوهر النبل تدل دلالة واضحة على تقدم
الآفات السحائية ، وان المشاهدة المذكورة تدل على دور سابق للفالج العام
كشفه التناذر الخلطي ودعمه فتح الجثة وقد اعقب المؤلفان مشاهدتهما
بشروح طويلة — فهما يعدان الآفات السحائية بدئية والآفات الدماغية ثانوية
والمشاهدة على رأيهما تتعلق بالدور السابق للفالج العام في صفحته السابقة
للسرييات لانه لا دليل عليه سوى التفاعلات الحيوية .

واليكم اخيراً ما كتبه احد متخصصي الامراض الروحية (مرشن) في هذا الصدد وقد كان في معزل عن المجادلات النظرية التي دارت رحاها بين العلماء ولذا فان لرأيه في هذا البحث قيمته .

يقول مرشن : يبين التشریح المرضي الذي يوافق السريريات ، بكل صراحة وجلاء ان آفات القلج العام تصيب اولاً وفي آن واحد النسيج الضام السحائي والنسيج الضام الوعائي المستبطنين للنسيج الدماغي وقد فحصت دماغ شخص مشبهه بالاصابة بالقلج العام ، بالنظر الى اختفاء الاعراض الدالة عليه ، فتبينت ان الآفات فيه تقع اولاً وفي آن واحد على النسيج الوعائي او على محيط الوعاء دون ان تغير شيئاً في الخلايا العصبية فاذا كانت الآفة شللاً عاماً حقيقياً وجدنا تكاثر البلغميات في السائل الدماغي الشوكي الذي هو أهم العلامات لالتهاب السحايا . فدور التدني الذي يرى غالباً في سياق سير مرض ريل (Rayle) يدل حتى في بدء المرض على ان العناصر الروحية لم تكن اصبحت الا قليلاً ويمكن الجزم حينئذٍ بإمكان الشفاء اذا استطيع ايقاف سير المرض .

وهناك مشاهدات اخرى يمكن إيرادها في هذا الصدد ولسكتنا نكتفي الآن بما ذكرناه ونستتج ما يلي :

- ١ — ان التفاعلات الخلوية في السائل الدماغي الشوكي هي نتيجة من نتائج الآفات السحائية الوعائية
- ٢ — ان هذه الآفات السحائية الوعائية مسببة من البريميات الشاحبة
- ٣ — انه عدا بعض الالتهابات الشريانية وبعض الافات الصغية

وبعض البؤر المفردة المحدودة في ملء الجوهر العصبي فإن الشكل المعتاد المنتشر للزهري العصبي يبتديء في السحايا أولاً ويتجلى هذا البدء بظهور التفاعل الخلوي في السائل الدماغي الشوكي .

٢ — معايرة الآحينات

لقد ابنت مع العالمين فيدال وسيكار منذ سنة ١٩٠٣ أهمية تحري الاحين في السائل الدماغي الشوكي عند درس الزهري العصبي وقد توصلنا الى هذه المعايرة منذ أمد بعيد بواسطة النلي البسيط ثم درسنا كلاً من المصلين والكربين على انفراد غير انه بعد ان اجرينا تحريات عديدة تبين لنا ان تحري الاحين الاجالي اسهل من تحري كل من نوعيه على انفراد وان نتائجهم أعظم فائدة، وبعد مدة من الزمن ابتدأ العالمان : (نون وآبالت) بدرس هذه التفاعلات وعرفت منذ ذلك الحين تحت اسم تفاعل (نون وآبالت) على الرغم انها كشفت في الوقت الذي بدأنا به تحرياتنا ولكتنا تخلينا عن تلك الطريقة ولم نعد نستعملها . ومنذ ذلك العهد اوجد العلماء طرائق متعددة كلاً منها تحمل اسم موجدتها وعلى الرغم من اظهار كل لحاسن طريقته فقد اخلصنا نحن لطريقتنا الاولى وهي تحري الاحين الاجالي فهي ترجح على غيرها لسهولة العمل فيها ولسرعة الحصول على النتائج الصحيحة .

ويجرى هذا التحري بانبوب (سيكار وكاتالوب) الذي يشبه انبوب (اسباخ) البولي غير ان قراءة النتيجة في انبوب سيكار — لا تجرى الا بعد ٢٤ ساعة وعليه يمكن الالتجاء الى المعايرة بقياس الشفوف methodes dia-

(phano-métriques) فقد وضعنا بالاشتراك مع (بوايه) سنة ١٩٢٩ طريقة خاصة يمكن بها الحصول على نتيجة تقريبية لمقدار الاحين يضع دقائق .
 ان منشأ آحنيات السائل الدماغي الشوكي على غاية من الاهمية غير ان البحث في منشئها مختلط جداً فهي تتبع في نشأها النظريات التي ذكرت في منشأ آحنيات البول ويذكر فيها المجادلات نفسها التي خامت حول منشأ آحنيات البول فيما لو عمق البحث كثيراً وقد نصحت الى تليذين من تلاميذي بدرس هذه القضية فقاما بجميع ما اوعزت به اليهما وجملا منها اساس اطروحتهما سنة ١٩٢١ وسنة ١٩٢٤ وعدا ترايد الاحين في السائل الدماغي الشوكي الناتج من اشتراك الدم مع السائل كما يرى في سياق التهابات السحايا الزفيسة وكسور الجمجمة والارتجاج الدماغي فان ازدياده كثيراً ما يكون نتيجة لتزايد الخاصة النفوذية للسحايا او من انحلال الخلايا البيض الموضعي او من ارتشاح المواد الشبيهة بالاح الاية من الجوهر العصبي المحرب واراني مضطراً الى ترك هذا البحث الان لأن الحوض فيه يخرجني عن الصدد واقول ان العلماء لم ينظروا بعين الاعتبار الى منشأ الاحنيات من الجوهر العصبي وكثيراً ما صدمت خواطري منذ أمد بعيد بهذا التوازي بين سعة التفاعلات الاحينية والتفاعلات الغروية ولذلك فقد حام حولي الظن بان منشأ هذين التفاعلين واحد .

٣ — تفاعل بورده واسرمان وتفاعلات التحوصب : ان هذه التفاعلات على اختلاف طرقها ترمي الى مقصد واحد وهو كشف مواد تنتج من تأثير البريميات في النسيج وقد جد العلماء كثيراً في معرفة كنه هذه المواد الجديدة

غير أنهم وقد خاب سعيهم قالوا عن هذه المواد أنها مواد آحينية او غروية او شبه شحم على ان معرفة طبيعتها ليست بذات اهمية بالنسبة الى دلائلها على وجود طفيلي الزهري دلالة صريحة عدا بعض الحالات النادرة فكم تكون قيمتها عظيمة اذن في تشخيص الزهري العصبي . والمهم من هذا هذا البحث هو منشأ هذه الاحينات وفي ذلك رأيان فالبعض ومنهم (دوجاردن) يقول بمنشئها الدموي وان مرورها الى السائل الدماغي الشوكي ناتج من اختلال القوة النفوذية للسحايا المسبب من الافات السحائية الوعائية والبعض الآخر وانا اول نصرائه يقول بمنشئها الاكيد من الجوهر العصبي بعد ان يتبدل تبديلاً مرضياً تحت تأثير البريميات . فكما ان العناصر التي تستند اليها أسس التفاعلات الدموية تأتي من استعمار الطفيلي لبؤر مختلفة فكذلك الحال في السائل الدماغي الشوكي فان المواد التي تشكل اساس التفاعل فيه تأتي من الجملة العصبية التي استعمرتها البريميات وقد دعم هذه الاراء ما قام به العالمان (لوفاديتي ويامانوشي سنة ١٩٠٨) اللذان قالوا باختلاف بين تفاعلات الدم والسائل الدماغي الشوكي وان كلا من هذين التفاعلين ينمو منفرداً لأن كلا منهما يسكن في بيئة مختلفة عن الاخرى .

حتى اني لا تسأل عما اذا كان تفاعل بورده — واسرمان الدموي في سياق الزهري العصبي ناشئاً من مرور اجزاء الجوهر العصبي المحرب للدم إما رأساً واما عن طريق السائل الدماغي الشوكي ، على اني لست بمستطيع ايراد جميع الأدلة التي أتصورها لدعم هذه الاراء المتقابلة وسأعود الى هذا

السؤال الذي درسه جيداً تليذي (بوكاج) في اطروحته الصادرة سنة ١٩٢٤
 ٤ - تفاعل بورده - واسرمان الدموي - ان ما أثبتته من استقلال
 كل من التفاعلات الدموية وتفاعلات السائل الدماغي الشوكي في سياق
 تكامل الزهري العصبي يوضح بكل جلاء ان درس الدم كثيراً ما لا يكون
 مرشداً أميناً في وضع التشخيص غير ان سلسلتين من المباحث ينظر اليهما
 السكل نظرة اعتبار قد تفيدنا الفائدة الجلى وتجب معرفتها . فان تفاعل بورده
 واسرمان الدموي المستديم الذي يعصي التداوي النوعي عصياناً لا توضحه
 السرريات يدل على لزوم فحص السائل الدماغي الشوكي في الغالب وعلى
 الرغم من اختفاء كل علامة سريرية في الجملة العصبية قد نجد سبباً لدوام
 التفاعل الدموي وذلك بظهور التفاعلات الالجابية في السائل كما ان كون
 التفاعلات ايجابية في الخلطين معاً نذير سوء ويدل على خطر الآفة العصبية
 والامر الثاني الذي تجب معرفته هو انه ما كل تفاعل دموي سلبي يدل على
 سلامة الجملة العصبية وكثيراً ما امعنت النظر جيداً في تمحيص هذه النقطة
 لاني شاهدت كثيراً من العلماء الاعلام يقتربون هذه الخطيئة فللقوف
 على حال الجملة العصبية يجب ان يلجأ دوماً الى فحص السائل الدماغي الشوكي
 لا الى فحص الدم .

ب --- بند في تحليل تفاعلات السائل الدماغي الشوكي من وجهتي السير والشدة

ان ما يجب التفتيش عنه في الزهرين من العناصر سواء في السائل
 الدماغي الشوكي أم في الدم يستطاع وجوده منفرداً او مجتمعاً وهو يهينا من
 حيث شدته وسيره وتناسقه معلومات قيمة يحسن تأويلها لعلاقتها المباشرة

بالافات التشريحية للجوهر العصبي او لغلظه اذ هي المرأة التي تنعكس عليها صورة ما يقع في هذه الاعضاء من الاختلالات ويبادل تحليلها بقيمته خزعة حقيقية اجريت علي ملء الجملة العصبية .

١ — في سير هذه التفاعلات وتكاملها : ان سير هذه التفاعلات المختلفة

يتبع دائماً الافة التشريحية فهي لا تظهر صدفة او عفواً بل لها سير منتظم تمكنت من متابعته باجراء زول متعددة لمرضى متنوعين في سنين متتابعة وتحقيق ذلك صعب وشاق اذ كثيراً ما يخفي المريض عن الاعين او أن الطبيب لا يتمكن من اجراء البزل في الوقت المناسب لرغبته .

فأول هذه التفاعلات هو التفاعل الخلوي الذي يظهر باكراً وتبدو علاقته بالافات السحائية وهو سريع الزوال فقد لا يدوم الا بضعة اشهر وهذا ما يرى في بدء الزهري اي في الدور الحنجي وقد اثبت وجود هذا الدور للمرة الاولى سنة ١٩٠٣ في ٦٣ في المئة من حوادث الزهري الثانوي ويرى ايضاً أبان الهجمات الاحتمانية للجملة العصبية بنتيجة مؤثرات مختلفة ومتى كان هذا التفاعل الخلوي قصير الأمد نشاهد تكاثر البلمغيات ووحيدات النواة وبعض خلايا المصورة ولا يرافق هذا التفاعل شيء آخر ثم لا يلبث ان يخفي بعد بضعة اسابيع او اشهر دون ان يبقى اقل اثر او يتجلى بأخف عرض سريري . وقد يكون هذا التفاعل دائماً فيزداد شدة من وقت لآخر ويضاف الى البلمغيات ووحيدات النواة كميات النواة وغدد كبير من خلايا المصورة كما تزداد في ذلك الحين كمية الآحين وتصبح دليلاً على الخطورة والوخامة ولكن التداوي النوعي يعيد كل شيء الى حالته الطبيعية ويزول كل اثر

للتفاعلات الخلوية او الآحية .

وفي بعض الحالات الاخرى تزداد هذه التفاعلات شدة فتكثر خلايا المصورة والاحين زيادة تدريجية حتى يصل الى ٦٠ ، - ٧٠ . وربما تجاوزه وعندها تبدو تفاعلات بورده واسرمان والجاوي بالظهور ويبقى تفاعل الدم طيلة هذه المدة ايجائياً في الغالب واما مدة هذا السير التدريجي فقد تقع بسرعة فائقة وفي بضعة اسابيع احياناً وهذا ما يرى في كثير من حالات الزهري العصبي الباسر وفي بعضها تكون بطيئة السير فتدوم عبدة شهور . وفي اكثر الحالات الواضحة الشديدة يرى ، كما تدل على ذلك مشاهداتنا الخاصة ، منذ الاشهر الاولى التي تمر على بدء الزهري ان التفاعلات تصل الى درجتها القصوى من الشدة شاهدة بذلك على ترافق الافات السحائية مع آفات الجوهر العصبي النليل ، وبعد ان تبلغ هذه التفاعلات اقصى شدتها تقف عن السير او تميل الى التناقص فأول التفاعلات تناقصاً هو التفاعل الخلوي فتقل خلايا المصورة وتصبح الصيغة الكروية صيغة بلغمية وبعد ذلك تتناقص التفاعلات الاحينية (بورده واسرمان والجاوي) وبعد قليل من الزمن ينمحي هذان التفاعلان ولا يبقى سوى ازدياد مختلف الشدة في الاحين ترافقه صيغة بلغمية خفية في اغلب الاوقات وهذا ما يرى في سياق السهام القديم المنتدب وفي الزهري العصبي المنطفيء سواء بنتيجة المداواة او بنتيجة سيره العفوي الى النذب .

٢ — شدتها: يستطاع تقسيمها لثلاثة نماذج حسب طريقة تناسقها :

(١) — التفاعلات الخفيفة : وهي التي يرافقها تفاعل خلوي صريح اما عدد

الخلايا فيختلف اختلافاً لا يدعو الى الشك بوجود اشكال وخيمة لان السحايا في اثناء سير الزهري تقوم باعمال شاقة في سبيل الدفاع تتجلى بتفاعل خلوي شديد ولكنه لا يلبث ان يزول سريعاً دون ان يبق أثراً واما العناصر التي ترى في الغالب فهي البلغميات ووحيدات النواة وبعض كثيرات النوى وقليل من خلايا المصورة، واما كمية الآح في هذه التفاعلات فتقرب من الحد الطبيعي وتفاعلات التثيت والجاوي تبقى سلبية . فما يميز هذه التفاعلات الخفيفة هو اذن كثرة الخلايا وعدم ازدياد الآح زيادة محسوسة وسلبية تفاعل بورده واسرمان والجاوي وبالنظر الى ظهور هذه الامارات في بدء الزهري فان الدم يكون دوماً ايجابياً لا من الآفة السحائية بل من تلك الصفحة المخجبة التي يمر بها الزهري .

(٢) — التفاعلات المتوسطة الشدة : تمتاز بكثرة العناصر الخلوية السابقة غير ان التفاعل الخلوي أغنى منها بخلايا المصورة وكثيرات النوى واما مقدار الآحين فيزداد ازدياداً صريحاً من ٢٠ ، — ٣٠ ، (الحد الوسطي) حتى ٥٠ ، ٨٠ ، فهذه التفاعلات الوسطية تمتاز اذن بتفاعل خلوي قوامه البلغميات ووحيدات النواة وكثيراتها ولا سيما خلايا المصورة وزيادة واضحة في كمية الآحين غير ان تفاعل بورده واسرمان والجاوي يبقيان سلبيين ايضاً .

(٣) — التفاعلات الشديدة وهي التي تظهر فيها التفاعلات الاربعة بشدة مختلفة .

التفاعل الخلوي : يتجلى بظهور كمية كبيرة من الخلايا ولا سيما خلايا المصورة والبلغميات ووحيدات النواة وكثيراتها وعندي ان صفات الخلايا اشد دلالة

من عددها .

التفاعل الآحى : وفيه يتراوح الاح من ٠,٥٠ — ١,٥٠ غراماً وقد يتجاوز ذلك .

تفاعل بورده واسرمان يكون ايجابياً بشدة واما تفاعل الدم فيكون ايجابياً دائماً في هذه التفاعلات الشديدة الخطر .

ولم أرغب في تقسيم هذه التفاعلات الى النماذج السابقة الا لانظم الافكار الموضوعية لحل هذه المسألة والحقيقة ان هذه الدرجات لا يفرق بعضها عن بعض بمحدود واضحة جلية لانه كما يصعب ايجاد مريضين متشابهين أتم الشبه فكذلك يصعب ايجاد تفاعلات متشابهة ايضاً فالعناصر في كل هذه التفاعلات واحدة غير ان تماسك هذه العناصر في كل منها يختلف عن الآخر فالى الطيب وحذاقته يعود ايضاح هذه المعلومات بمقابلتها مع المعلومات السريرية وما للاختلافات المشاهدة الا ناتجة من شكل الافة التشريحي ودرجتها من السير والتكامل .

٣ — تعليها علينا اذا اردنا تحليل هذه التفاعلات ان نذكر دائماً ، ولا اخشى ان اعيد ذلك ، انها دليل على آفة تشريحية ويستطاع من طبيعة العناصر التي تؤلف قوام التفاعل وشدته تعيين درجة الافة التي سببته ومن تناسق التفاعلات وتكامل سيرها فتمكن من تعيين نوع الافة المتعلقة بها ولقد أوضحتنا ذلك وعرفنا ان التفاعلين الحلوي والاحي الخفيف هما نتيجة الافات السحائية وان آفات الجوهر النيل تعبلي بالتفاعلات الآحية الشديدة وتفاعلات التثيت والتحوصب .

وترى العناصر المذكورة حسب تكامل الآفات التشريحية اما مجتمعة او منفردة فتكون منفردة متى كانت الآفة في طريقها الى التكون حيث تضاف العناصر بعضها الى بعض او في طريقها الى التذني حيث تمحي الواحدة تلو الاخرى وتكون مجتمعة حينما تصل الآفة الى أوج حدتها . ولقد أوضنا النمط الذي تتبعه في اثناء تشكلها وزوالها وهكذا تستطيع رؤية تفاعلات تامة او ناقصة حسب الزمن الذي اجري به البزل القطعي فتعليل تلك التفاعلات اذن لا يكون الا بعد معرفة عمر الزهري والاعراض السريرية اذا كانت .
لندرس الان سير التفاعلات الالجابية ومدلولها ثم نتطرق الى درس ما يمكن الاستدلال به حينما تكون التفاعلات سلبية (للبحث صلة)

آفات الجملة العصبية المركزية في داء المنطقة : قدم الحكيان م . فافروج . دشوم M. Favre et J. Dechsum الى الجملة الطبية في ليون مشاهدين سريريين تشريحيين عن مريضين أصيبا قبل وفاتهما بشهرين بداء المنطقة .
ويستنتج من مشاهدتهما ان الفحص النسيجي المرضي اظهر تغلب الآفات في القرن الحنفي وان التغيرات بدت أيضاً في الجوهر السنجابي القريب من القرن المذكور . وقد شاهدا في الجذع الدماغى وفي نوى القاعدة السنجابية بآفات وازفة صغيرة مقرهاحول المروق . يبين لنا تأذي الجملة العصبية المركزية اسباب الاضطرابات الحركية في داء المنطقة (فلوج حبلية ، فالج شقي متصالب في داء المنطقة المعني ، والدنف السريع الذي يهاب به المريض)



مطبوعات حديثة

القطوف النيرة في علم الطبيعة

اهدى النا زميلنا الدكتور جميل بك الحاني استاذ الامراض الجلدية والزهرية وعلم الطبيعة في معهدنا الطبي الجزء الاول من كتابه القطوف النيرة في علم الطبيعة . وهو الجزء الذي صدر مؤخراً ضمناً بين دفتيه مقدمة الكتاب وابحاث الميكانيك والموائع والغازات والحرارة .

ولدى تصفحنا الكتاب وجدناه كبير الحجم واقماً في ٤٦٩ صفحة فيها ٣٧٥ رسماً . وقد سرى في نفسنا حين قراءة بعض فصوله ، شيء كثير من الاعجاب بمقدرة زميلنا المؤلف الذي وجد الوقت الكافي لوضع هذا الكتاب النفيس ، لاسيما وهو طبيب ممارس وفي الوقت عينه يقوم بتدريس الامراض الجلدية والزهرية وسريرياتها في عيادات معهدنا الطبي . وقد رأى حضرته ان صف العلوم بمعهدنا يفتقر الى هذا الكتاب فاندفع بكليته الى وضعه فانجز الجزء الاول الذي نقله الآن بين أيدينا ، وسيتبعه بالاجزاء الاخرى ان شاء الله .

وفضلاً عن ان مادة الكتاب غزيرة تلم بتفاصيل الابحاث العويصة التي يشتمل عليها ، فهو مكتوب ببلغة سهلة فصيحة ، طالما عودناها الاستاذ في ابحائه اللغوية الطريقة على صفحات هذه المجلة .

فقدّم لزميلنا المؤلف جزيل شكرنا على هديته الغالية .

موجز في مبحث السموم

لمؤلفيه

الدكتور ميشل الشامندي والكياوي محمد صلاح الدين الكواكبي
 اصدرت المطبعة البطريركية بدمشق هذا الكتاب لمؤلفيه الدكتور
 ميشل الشامندي استاذ مفردات الطب وفن المداواة والطب الشرعي ومبحث
 السموم في معهدنا الطبي واستاذ الطب الشرعي في معهد الحقوق، والدكتور
 في الصيدلة الكياوي محمد صلاح الدين الكواكبي . وقد اهدى الينا
 الكتاب مؤلفاه الفاضلان فألفيناه جامعاً لا وأبد هذا العلم وشوارده ،
 ومنهلاً عذباً يفيض سلسيل مائه فيروي غلة وارده . وانه كذلك وان
 يكن متناوله لا يتعدى العقار النافع والسم الزعاف . اذ هو لا يترك المسموم
 في احتضاره قبل ان يبادره بأفعل وسائل الاغاثة وأنجع وسائل الاسعاف .
 والكتاب فريد في بابه بلغتنا العربية . نخال ان مؤلفيه لم يسبقهما
 كاتب عربي الى طرق الموضوع الذي تناولاه في كتابهما النفيس . فهو
 ولا ريب يسد نقصاً كبيراً في لغتنا الشريفة ويطلق اللسنة بالثناء على حضرة
 المؤتمين لما بذلوه من الجهود الغالية في كتابة الكتاب واهدائه الى عالم
 العلم واللغة في ثوبه القشيب .

وانتا بشكرنا لحضرة الزميلين الفاضلين علي هديتهما النفيسة نعبر عن
 عواطف كل زميل لهما في هذا المعهد الذي يفخر بهما الفخر كله ، فنهنئوهما
 علي ما نالاه وانا لاه من الشرف والفخار وتمنى لكتابهما ما يستحقه من الرواج
 والانتشار .
 الدكتور ميشل خوري

صناعة الورق

٣.

الدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

١ — مذيبات السلولوز

أكسيد النحاس النشادري : يذوب السلولوز في محلول أكسيد النحاس النشادري وهو المعروف باسم مائع شوايتسير Schweitzer . ويهيأ كما يلي :
يرسب CuO من محلول كبريتات النحاس بمعالجته بالصود بلامسة كلور النشادر . يؤخذ الراسب ويغسل جيداً ثم يذاب في NH_3 (ثقله ٩٢.٠٠) فالحلول يجب ان يحتوي على :

١٠ — ١٥ ٪ من HN_3 ٢ — ٢,٥ ٪ من CuO

ولا يكون انحلال السلولوز فيه تاماً الا اذا كان نقياً جداً من الشوائب . يصنع من هذا المحلول خيوط لماعة تشبه الحرير بأمراه من اجهزة ذات ثقب دقاق كما سيأتي معنا . ويجب ان يجهز المحلول في حرارة منخفضة والا تأكسد السلولوز ولم تنتج خيوط جيدة .

وقبل اذابة السلولوز تحسن أكسدته او اماته (بأثير الصود الكاوي بالبرودة) ومعالجة الخيوط بعد ذلك بأحد الحموض . وفي كلتا الحالتين تستحصل خيوط يختلف بعضها عن بعض من حيث الاصطباغ . فالخيوط الناتجة من السلولوز المية تعالج كالكطن تماماً اي يجب تثبيتها بمثبت mordant . اما الخيوط الناتجة من السلولوز المؤكسج فلا تحتاج غالباً الى هذه العملية .

وقد يحضر محلول النحاس النشادري بنمس صفيحات النحاس الرقيقة في روح النشادر السكثيف وامرار تيار هوائي بحيث يمر من الهواء ٤٠ ضعفاً من حجم السائل (٦ ساعات تقريباً) .

كلور التوتياء المائي : يذاب السلولوز في محلول كلور التوتياء في حرارة قدرها ٦٠ — ١٠٠ على الصورة الآتية :

جزء واحد سلولوز (قطن)

٤ — ٥ اجزاء كلور التوتياء

٦ — ١٠ اجزاء ماء

ويسخن المزيج بلطف لاتمام العملية . فيحصل محلول متجانس بقوام الشراب يترسب باضافة الماء والكحول . يستعمل هذا المحلول في حاجات شتى ، وتحسن امادة السلولوز قبل اذابته ، بمعالجته بالصود الكاوي بالبرودة هذا المحلول اذا سحب خيوطاً وعولجت هذه الخيوط بالكحول اصبحت لماعة وهي المشابة (شبه الحريرية) . وقد تصنع من محلول السلولوز هذا خيوط المصاييح المتأججة وذلك بتخثير الخيوط حين خروجها من الثقوب الدقاق ، بمحلول كحولي ثم غسلها بمحضر الكاوريديريك والماء ثم تفخيها

carbonisation

وقد يستعمل محلول كلور التوتياء الكلوريديريكي (جزء Cl_2Zn في جزءين ClH) لكن السلولوز المعالج بهذا السائل تتبدل طبيعته اذ يتيه .

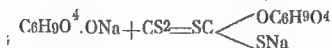
ب — فعل القلويات

السلولوز يقاوم فعل القلويات على وجه عام . فان محلولاً بنسبة ١ — ٢ من Na_2O لا يؤثر فيه تأثيراً محسوساً حتى ولا بدرجة + ١٠٠ من

الحرارة . غير ان الخيوط تصبح رخوة شيئاً قليلاً خصوصاً بملامسة الهواء
 واذ كان المحلول القلوي كثيفاً فالانفعال يكون بطيئاً جداً بالحرارة .
 اما في البرودة (١٠ بالمئة من Na_2O) فان خيوط القطن تتغير طبيعتها
 وتنكمش انكماشاً خطيراً بحيث تصبح بشكل اسطواني بعد ما كانت
 بشكل منبسط وذلك لحدوث مادة هي السلولوز القلوي alkali-cellulose
 بصيغة $\text{C}_{12}\text{H}_{20}\text{O}^{10}, 2\text{NaOH}$.

فاذا غسلت هذه المادة الجديدة ، بالماء زال القلوي عنها وبدا السلولوز
 بشكله المائي $\text{C}_{12}\text{H}_{20}\text{O}^{10}, 2\text{H}_2\text{O}$ المسمى السلولوز المولد régénérée وهو
 اكثر ذوباناً في مذيبات السلولوز . ويستفاد من هذه الخاصة في معالجة
 الاليف على طريقة مرسه (Mercerissage) وجعلها خيوطاً صالحة للخياطة
 والنسيج . لان الاليف على هذه الصورة تصبح شفافة واكثر لمعاناً وقبولاً
 للاصباغ .

يستعمل في طريقة مرسه هذه محلول من الصود بثقل ١,٢٢ — ١,٢٧ .
 للسلولوز القلوي هذا خاصة ذات شأن هي ذوبانه في كبريت الفحم
 وتكوينه جسماً هو كسائنات السلولوز :



ويستعمل لاجل ذلك من الصود مقدار اكثر مما تقتضيه المعادلة لذلك

يجب مزج :

١٠٠ جزء من السلولوز

٥٠ جزء « الصود الكاوي

٤٦ جزء « كبريت الفحم

وإذا احسن تأسيس المعمل امكن خفض مقدار (CS₂) الى ٢٥ بالمئة .

محلول السلولوز هذا يدعى فيسكوز Viscose .

يوضع القطن او عجين الخشب المغسول جيداً في محلول من الصود نسبته ١٥ بالمئة وبعد برهة يجعل السلولوز علي مرشحة مثقبة لينضب ثم يعصر بحيث يبقى محتويّاً علي ثلاثة امثال وزنه، من المحلول القلوي. يترك بعد ذلك ثلاثة ايام في جهاز مغلق ثم يضاف اليه ٤٠ بالمئة من CS₂ ويحرك دقيقة او اثنتين ويترك وشأنه ساعتين او ثلاث او اكثر فيحصل سائل لزج قليلاً وبلون اصفر فيرشح او يثقل بالمنفلة ليروق .

وقد يخثر ويجفف للحصول على اوراق شفافة ملساء . ويمكن ان يستحصل بحالة كتلة قاسية يستطيع صبغها وشغلها بسهولة .

وفي الغالب يستعمل عجين الخشب الصافي جداً المطهر من الشوائب والسلولوز المؤكسج بنفسه بمحلول الصود الكاوي الممدد .

(للبحث صلة)



مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في نيسان سنة ١٩٣١ م الموافق لذي القعدة سنة ١٣٤٩ هـ

بثرة الشرق في دمشق

للدكتور جميل الحاني

استاذ الامراض الجلدية في المعهد الطبي بدمشق

ترجها عن مجلة الطب والصحة الفرنسية السيد عبد الحليم العلمي

لقد خصصنا هذا المقال للمقال التي شهدناها في دمشق، وهي الحالات المقصودة (١)، لان دمشق كانت منذ عشر سنين مصونة من داء الليشمانيات الجلدي (٢)، وما الوقائع التي كنا نلاحظها حتى بدء هذا التاريخ، الا في اشخاص يقطنون بلاداً تنتشر فيها بثرة الشرق منذ القديم، كحلب وبغداد والبلاد الاخرى المتاخمة لسورية.

اما الحوادث الاولى التي يجوز لنا ان نعدها ناشئة في الشام نفسها فيرجع تاريخها الى عشر سنين فقط كما ذكرنا سابقاً، لانها ظهرت في افراد لم يغادروا

(١) (immédiates) (٢) (leishmaniose)

المدينة قطعاً ، وكلهم يقيمون في حي واحد ، وهو حي المهاجرين ، ذلك الحي الكائن على سفح جبل قاسيون ، والمعروف بأنه احد الملاجئ التي تكثر فيها خازعات الوريد (١) .

هذا وقد كانت الاصابات في ذلك الحي قليلة جداً ولم تأخذ في الازدياد عما قبل .

ولكن لم يلبث داء الليشمانيات ان ثبت وجوده منذ سنتين او ثلاث خلت في بقعة اخرى من المدينة ، مقابلة للاولى تماماً ، وهي حي الميدان المحاط بالبساتين ، والمعدود كمدخل لغوطة دمشق ، حيث وقعت حوادث الثورة الاخيرة ، التي اتجت انتشار واخزات الوريد انتشاراً هائلاً وذلك لتأخر المهادة طويلاً ، وترك اشلاء القتلى ، وتراكم الاقذار الكثيرة .

واما الحشرات الاخرى ، ولا سيما البعوض عامة ، والحيت منه خاصة ، فقد كانت كثيرة ايضاً ، ولذا تمد هذه المنطقة منطقة مستنقعات ومراوغ ، مما يدلنا على ان البعوض ليس له اي عمل في نشر الداء المذكور . وتقع بثة الشرق اليوم في اكثر ضواحي عاصمة الامويين ، وقد ظهرت ايضاً في قرية كائنة على طريق دمشق — بيروت حين انتشارها في دمشق ، وهي قرية مضيا ، تلك القرية التي استولى المرض عليها مؤخراً بكثرة غير مألوفة . وقد وجدنا ان الامور الآتية كانت من اسباب ظهور البثرة في بلدتنا وهي :

١ — الحالة السياسية التي جمعت من حلب ودمشق دولة واحدة وسهولة المواصلات بين المدينتين وسرعتها وارتباطها بسكة من الخطوط الحديدية

اذ لا يخفى ان مدينة الشهباء كانت ولا تزال مقراً عظيماً للمرض المذكور ،
ولذا اطلق جميع اطباء الشرق الأدنى علي هذه الحبة اسم بثرة حلب .

٢ — كثرة السيارات التي قصرت المسافة بين دمشق وحلب وبين دمشق وحوران ايضاً حيث
وبثرة اخرى لداء الليشمانيات وهي بغداد ، وبين دمشق وحوران ايضاً حيث
يفندو ويروح المرضى الوبثون .

٣ — هجرة الارمن الى الديار السورية عامة ودمشق خاصة .
لقد كشفت لنا الجاهرة (مكرسكوب) في جميع الوقائع التي عالجناها
ان عامل المرض الاكيد ، هو ذلك الطفيلي المسمى بالليشمانيا الدموية (١)
والمرض يفتك في الذكور بنسبة ٩ — ١٠ ، وفي الاناث بنسبة اقل من ذلك ،
ويظهر في كل سن ، ولكنه يواثر سن الكهولة ، فيشاهد غالباً بين العقد
الثاني والرابع من العمر وهو قليل في الاولاد ، ونادر في الشيوخ .

اما مدة الحضانة فهي محدودة ، وقد كنا نلاحظ حينما كانت دمشق خالية
من الداء المذكور ، ان الآتين من حلب او بغداد وظهرت فيهم البثرة بعد
حلولهم في دمشق كانوا غادروا هذين البلدين منذ ٤ ، ٥ ، ٦ اشهر ، الامر
الذي يدلنا على ان دور الحضانة قد يمتد طويلاً .



وامّا اشكال داء الليشمانيات السريرية في دمشق ، فهي الاشكال المألوفة
اذ ان الشكل الكثير الوقوع ، يظهر في دور الصولة بثرة صلبة ، مرتشحة ،
حجمها كحجم البندقة ، محاطة بمنطقة حمراء قائمة ، وعلي تلك البثرة قروح تنز

تارة مصلاً لزجاً ، وطوراً قيحاً فيما اذا خالطتها عفونة موضعية أخرى ، والقروح تكون مستورة بقشور ملتصقة تسقط وتجدد على التوالي ، وقد يمتد التقرح سطحاً وعمقاً مستوياً على مساحة تبلغ سمها ١٠ ، ١٥ ، ٢٠ ستمتراً مربعاً .

وعدا هذا الشكل الاعتيادي ، يشاهد شكلان نادرا الوقوع ، احدهما شكل اشبه بسل الجلد ، اذ يرى فيه ما يمثل ادران هذا الداء ، وحجم بثرته كحجم حبة الدخن ، لونها نارنجي الى الصفرة ، قوامها رخو هش ، وتدوم كثيراً دون تقرح ولا تقشر . وثانيهما الشكل الورمي ، وهو يظهر بتقرح عظيم ، او بعدة اثتكلات تكون على بارزة كالجزرة حجماً ، او اكبر ، والاثتكلات تدمى عند قلع القشور الملتصقة بها التصاقاً قليلاً . ويخالط هذا الشكل التهاب في عروق البلغم ، وارتشاح في المقعد .

واما مدة دوام البثرة باوصافها واشكالها المختلفة فهي عادة سنة كاملة ، وهو ما جدا بسكان البلدان الموبوءة الى تسميتها باسم « الدملة السنوية (١) » ولكن هناك حالات مستعصية ، تدوم اكثر من سنتين رغماً عن المداواة الشديدة .



ان نواحي البدن التي تختارها بثرة حلب متبانية ، وهي في الغالب الاقسام المكشوفة من الجسد المعرضة للبعوض كثيراً ، كظهر اليد ، ووجه الساعد من خلف ، ووجه الساق من امام . وهناك ملحوظة جديرة بالذكر ، وهي ان

اصابة بثرة الشرق لالوجه تعد في حاب كفاعدة مضطردة ، مع انها لم تصادف في دمشق الا بنسبة ٢ - ١٠ .

وبعد ظهور البثرة الاولى قد يتلوها ظهور بثرات اخرى متعاقبة ، وذلك بالتلفح الذاتي على ما يظهر ، لانه في حين صيانة دمشق من المرض قد كنا نرى ظهور البثرات الثانوية بعد مدة طويلة من رجوع المرضى من المدن التي كانوا مصابين فيها بالمرض ، ومع ذلك فهذه البثور التالية ، تظهر احياناً في قسم مكشوف من الجسد ، كالكف والالية ، واعلى الفخذ ، وهذا يحدو بنا الى التفكير بان التلفح الذاتي قد يحصل بالطريق الباطن ، اي بسير العامل الممرض في عروق الاخلات المختلفة من الجسد .



ان انجع معالجة لهذا المرض على ما ظهر لنا هي على قسمين موضعية وعامة اما الموضعية فهي ان يذر على الآفة مسحوق فوق مانعانات البوطاس النقي ثلاثة ايام ، وذلك بعد اسقاط قشور البثرة بلصقة نشا او غيرها ، ثم تمس القروح كل يوم صباحا ومساء بمحلول ازرق المثلين في الغول (الكحول) على معدل ١ - ١٠ .

ولاجل المعالجة العامة يحقن الوريد بالدردي المقيء (tartre stibié) محلولاً في المصل الصناعي على معدل ١ - ١٠٠ ومعتماً في الصاد الموصل autoclave ويجرى الحقن كل يوم بمقادير متزايدة تدريجاً تتراوح بين ١ - ٥ ستمترات مبكبة . وبذلك يحصل الشفاء في اسبوعين او ثلاثة اسابيع .

لكن كثيراً من المرضى لا يتحملون الحقن بالدردي المذكور اذ يشكون

في اليوم التالي للحقن ، دعثاً وآلاماً في عضلاتهم ومفاصلهم، وقد شاهدنا في اثنين منهم قليلاً من الآح في البول ، مما اضطرنا الى إنقاص المقدار المحقون به ، وجعل الحقن كل يومين او ثلاثة ايام، وربما أجبنا الى الاقتصار على المعالجة الموضعية ، وبذلك تأخر الشفاء زهاء اربعة اسابيع او خمسة .



داء الليشمانيات الجلدي يشفى من نفسه ، ولكن فائدة المعالجة فيه هي انها لا تترك سوى ندبة دقيقة جداً وغير محسوسة ، وهي لا تكون كذلك اذا ترك المرض يسير وشأنه .



سل الكلية

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجها طالب الطب السيد بشارة اسطفان

لو اظهرت في الرسم الشعاعي الى مريض أصيب بيلة قيحية الحصاة التي تخرب كليته لرضي دائماً عن استخراجها ولكنك لو اشرت على شخص مصاب بالتهاب مثاني سلي استئصال كليته التي هي السبب المبدئي لمرضه القتال لرفض رفضاً باتاً ثم يأتيك اخيراً بعد ان ينهكه الألم يسألك تلك المعالجة الجراحية التي ذكرتها له قبلاً غير شاعر في ذاك الوقت ان كليتيه مصابتان وان الاستئصال يجلب له الموت بدلاً من الشفاء . فعليك اذن ايها الحديثو الممارسة للطب ان تشيروا على مرضاكم باجراء العملية في الوقت المناسب ولي الأمل انكم ستكونون من المقنعين اذا نظرتم الى سل الكلية وما فيه من الخطر على حياة المريض

انذار فتشخيص فعلاجة هذه هي النقاط التي اردت ان ابحث فيها بايضاح (١) الانذار . ما من ينكر الآن ان سل الكلية مرض كثير الحدوث يبتديء في جهة واحدة بمعدل ٩٠ بالمئة من الآفات ويفضي الى الموت غالباً عولج ام لم يعالج بعد اربع سنوات في الفقراء (رافن Rafin) وبعد ست او عشر سنوات في الاغنياء (روشه Rochet) لان هؤلاء يستطيعون الراحة والاستشفاء اكثر من اولئك . وسيره المتتابع يخرب الكلية المصابة

ويسل مجاري البول السفلى ثم ينتقل الى الكلية الاخرى فيموت المريض مدثفاً من الالوجاع والارق او من التأسر (urémie) متى أصيبت الكليتان غير ان هذا الانذار قد تغير تماماً كما سيرى باستئصال الكلية الذي يقضي الى الشفاء التام في نصف الحوادث او في ثلاثة ارباعها اذا عولجت الآفة في الوقت المناسب فالتشخيص الحديث العهد هو اذن على جانب كبير من الاهمية وخير واقٍ لحياة المريض . فقد تظهر في البدء اضطرابات الاحتقان وتستجلب نظر الطبيب وتتأب المرضى بواله وبوال فيولون لترين او ثلاثة ألتار بولاً عكراً لا صديدي فيه بل فيه عصيات كوخ في اكثر الاوقات ولا تبدو اعراض التهاب المثانة السلي الا في الدور الاخير .

وكل التهاب مثاني يبدو عفواً دون استقصاء في مجاري البول ولا مرض سيلاني سابق ولا حصاة او كل التهاب مثاني لا تؤثر فيه المعالجة الطبية وينعكس دون سبب ظاهر يعد غالباً حسب القاعدة المطردة التهاباً سدياً . فقد يستشيركم اشخاص كثيرون مصابون بسل الكلية لاضطرابات مثانية بدت فيهم ، فلا تنتظروا اذن ظهور السيلة الدموية المشبهة بنفث الدم الكلوي كما شبه الدم العكر الذي يظهر بعد البول الصافي بالقيء الحقيقي . فالسيلة الدموية قد تكون منبهاً للمرض في بدئه . غير ان ذلك نادر وتعد ثانوية بالنسبة الى العرض المثاني الاساسي . ولا تعتمدوا كثيراً على الآلام القطنية لانها متأخرة الظهور ، وقد لا تظهر ابداً يقول بانو المثانة تصرخ متى تألمت اما الكلية فتكتم هذا الألم الا اذا كانت خثرة دموية او جلطة صديدية فاحدثت نوباً احتقانية .

وكثيراً ما تكون الكلية الثانية الضخمة ضخامة معيضة سبب الألم وربما ظهرت بالجلوس أو حرفت الطيب عن جادة الصواب. وإذا لم يفيض جس الكلية الى نتيجة استنتجت من النقاط الحالية نتائج مثبتة في بعض الحالات لان الخالب من الجهة المصابة يجسم ويتصلب وقد يؤلم لدى اجراء المس المبلي في المرأة واما هيئة المريض العامة فلا يُركن اليها ولا سيما اذا كان المرضى منفضحين سامنين .

فتمت كان التهاب مثاني مجهول السبب في مريض لم يسر بمسبار ولم تعتره سوابق سيلانية وقد نفى الرسم الشعاعي فيه الحصاة او الاجسام الغريبة الممكنة الحدوث استدعى معاينة البول معاينة نسيجية جرثومية وكلما كان المرض قريباً من بدئه كانت معاينة عصابات كوخ سهلة فالقرحة تستقر في منتهى الحائمة (papille) ويصب الكهف محتوياته اولاً في المجاري المفرزة على عكس ما يحدث في سل الرئة . ولكن متى بدا دور التصلب ما حول الكؤوس سدّت المجاري تحت الآفة وانفصل الكهف عنها واختفت عصابات كوخ من البول .

وتظهر بالفحص النسيجي كريات بيض عديدة النوى مستحيلة وبعض كريات حمر — اي يلة دموية مجهرية — فترجح كفة الريب في سل الكلية وكشف عصابات كوخ ثبت وحده المرض . واذا استعملت طريقة غوته (Gautier) في مستشفى كوشن ظهرت عصابات كوخ متى كان المرض سلاً بمعدل ٨٠ — ٩٠ بالمئة من الحوادث على ان تراعى الشروط اللازمة للاستحضار : يُحصر البول في المثانة من المساء بعد ان يقلل المريض السوائل

ثم يستخرج صباحاً عند النهوض من النوم استخراجاً طاهراً من قعر المثانة وينتبد زهاء ربع ساعة ويبسط قسم من الراسب المستحصل بالمنبذة ويثبت ويلون بمحلول تسيل الحار مدة ربع ساعة ومحلول تسيل المذكور يجب ان يستحضره الطبيب نفسه اجتناباً للمحلول التجاري الفاسد . ثم يُغسل بالحامض النترك الممدد الى ١-٣ زهاء دقيقتين وبالكحول زهاء ٥ دقائق وتلون الرقعة (fond) بالزرقة ويُغسل ويُجفف ويُعين ، فاذا خففت الصفيحة بأن ولا سيما عند طرفيها خفصاً لا يقل عن ثلاث او اربع ساعات وذلك في الحالات التي يندر فيها المصبات شوهدت عصيات حمراء مجتمعة كرزمة الدبابيس واذا لم تقع عين الفاحص الا على عصية واحدة حمراء جاز له ان يثبت انها عصية كوخ ولا سيما اذا كانت قد روعيت شروط الاستحضار المذكورة كان يقال ان البيلة القيحية الحالية من الجراثيم معناها سل الكلية مع ان البيلة الصديدية اللاجراثومية ليست موجودة واذا وجدت فهي تعادل مرة واحدة من عشر مرات لان عصيات كوخ تظهر ٩ نوات من ١٠ اذا استعملت طريقة غوتيه (Gautier) المشار اليها . ولا حاجة الى تلقيح القبة بعد الآن لانه قد لا يفلح في بعض الاوقات ويستلزم شهراً ونصف شهر من الوقت حتى تظهر القرحة والعقد التي يستند اليها . اما المخبر فيجزم في ثبوت المرض او نفيه في وقت قليل والقبة لا تسهل الا اذا لقت بعدد من المصبات لا يقل عن ١٥ - ٢٠ عصية مع انه لا يكشف في الراسب المستحصل من ابتداء عشرة سم ٣ من البول الا عصية او عصيتان . ان كل تلك البراهين تحمّلنا على توجيه تحرياتنا الى الفحص المجهرى .

اذا وجدت عصيات كوخ فثبت تشخيص السل البولي يجب ان نعرف ما اذا كان هذا السل كلوياً ؟ وفي اي كلية يستقر . فالآفة المثانية تنجم من سل الكلية فقط في المرأة اما في الرجل فتظهر في سياق مرض المثانة والحويصلين المنويين اللذين يجب على الطبيب فحصهما . وفي بقية الحالات عليكم ان تتذكروا جملة لوغة (يكشف السل الكلاوي سريراً بالتهاب المثانة ويثبت بمرآة المثانة ويعين مقره بقثرة الحالبين)

وتنظر المثانة (cystoscopy) متى كان ممكناً يوقفنا على الكلية المريضة من التغيرات التي تبدو على فوهة حالبها او على القسم العلوي من المثانة الذي يكون قد تلوث والمثانة فارغة بانقذاف البول من فوهة الحالب المريض . غير ان عصية الكولون تحدث حبيبات في المثانة شديدة بالحبيبات السلية وقثرة الحالب وحدها تثبت مقر الآفة متى كان البول المستحصل صديدياً كانت فيه عصيات أم لم تكن ومتى ظهر فيه لدى المقابلة بين الوظيفتين المائية والبولية نقص في الوظيفة لان النقص الوظيفي الكلاوي متهم بسل الكلية اكثر من غيره في بعض الآفات (استسقاء الكلية، حصاة او سرطان) واذا كانت القثرة مستحيلة فالرسم الشعاعي يُظهر ان الكلية جسيمة وان فيها حذبات ويكشف فيها لطخات . وماريون يُشير بالقثرة والمثانة مفتوحة غير ان هذه القثرة صعبة وقد تترك تنوسراً في المثانة .

فقبل ان نسعى وراء اي عملية كانت وقبل ان نُجري القثرة يجب علينا ان نعرف اولاً درجة الكلية الثانية الوظيفية وتستطاع معرفة هذا من معايرة البولة وافراز الفانوسلفونثالاين ومن مرتبة امبار فاذا كانت هذه التحريات

حسنة اي : البولة = ٠,٣٥ — ٠,٤٥ سنتيم

القناتين = ٥٠ — ٦٠ %

المرتبة ٠,٠٧ — ٠,١٠

تجاوز القنطرة واستئصال الكلية .

واما اذا كانت هذه التحريات سيئة والكلية الواحدة مصابة فقط فيستدل منها ان الضخامة الاعاضية لم تحدث في الكلية الثانية فيثار على الراحة ومعالجة الحالة العامة شهرين او ثلاثة اشهر واذا بقيت النتيجة على حالها يُعرف ان الكلية الثانية مريضة وعاجزة على ان تضاعف عملها فلا فائدة اذن من القنطرة ولا لزوم لاستئصال الكلية المريضة .

ولقد عمدوا الى معرفة درجة انتشار الافات من المرتبة التي ترتفع بازياد التخرش في الكليتين . فاذا كانت

= ٠,٨٨ عمّ النقص الوطني ثلث الكليتين

= ٠,١٠٠ » » » نصف »

= ٠,١٢٠ » » » ثلثي »

= ٠,١٥٠ » » » اربعة اخماس الكليتين

= ٠,٣٠٠ » » » ١٩/٢٠

واذا كانت م ما تحت المئة فالتخریب بسيط في الكليتين والمريض يملك ٥٠ % من الجهاز الكلوي وهذا النقص ينجم خصوصاً من الكلية المريضة والاستئصال ممكن في هذه الحالة واذا كانت م ما فوق ١٢٠ فلا فائدة من اي عمل كان والاستئصال لا يفكر فيه ابداً لان المريض لا يملك الا ثلث كليته ولا يعرف ما اذا كان هذا الثلث موجوداً في الكلية السليمة .

ويمكن الطبيب باستعمال عدة وسائل من تحديد الآفة ومعرفة الدرجة الوظيفية في الكلية الثانية . فلقد بينت لكم الطريقة المتبعة في الحالات البسيطة التي تشاهدونها ولكنكم سترون في تجاربكم ما في التشخيص من الصعوبات .

ومما يمكن من الامر ، فاذا شوهد سل كلوي مفتوح او كلية مخربة من جهة وكلية سليمة من جهة ثانية فاستئصال الكلية المريضة لازم لشفاء المريض الا اذا كان هناك سوء في الحالة العامة او آفات رئوية خطيرة .

وفي الحالة التي تكون الكلية مخربة والثانية صحيحة فالمعالجة الطيبة عاجزة على ان تمنع خطر الآفات المثانية وانتقال السل الى الكلية الثانية والمعالجة الجراحية وحدها اي استئصال الكلية هي المعالجة التي تفضي الى نتيجة مرضية متى كانت الآفة السلية متصلة بالحويض وحدثت بيلة قيحية والتهاباً مثانياً . اما النتائج التي تحدث بعد العملية فهي في الغالب حسنة ولا سيما اذا عرفت درجة الكلية الثانية الوظيفية .

وقد بين الاحصاء ان النزف والتعفنات والتقصير الكلوي تفضي الى الموت في ١ - ٥ بالمئة والى ٥ - ١٠ بالمئة في الاشخاص الذين ظل مرضهم على حالة واحدة او ماتوا في زمن غير معين بتعميم المرض او انتقاله الى الكلية السليمة . و ٢٥ ٪ من المرضى يشعرون بان حالتهم العامة قد تحسنت . اما الاشخاص الذين استئصلت كليتهم فيشفى نصفهم ما بين الفقراء وما فوق النصف في الاغنياء كما يحدث في امراض السل الباقية . ويُقدر الآن في جميع الحالات نظراً الى اتقان العملية ان استئصال الكلية ينجي من الموت

اربعة اخماس المرضى .

ونختم البحث بالقول : ان سهولة العملية والتحسن السريع في الاضطرابات
المثانية والحالة العامة وحذف القوعة السلية التي تهاجم الكلية الصحيحة وجسم
المريض وإطالة الحياة والشفاء التام في أكثر من نصف الحوادث هي منافع
استئصال الكلية . ولكن المعالجة الجراحية لا تجرى في سل الكليتين إلا
متى كانت الكلية الاولى مخربة تماماً مع تحرش بسيط في الكلية الثانية ولا
تستأصل الكلية الاولى الا متى عرفت درجة الكلية الثانية الوظيفية وكانت
هذه قادرة على العمل الذي تتطلبه حياة المريض متى استئصلت كليته المريضة
والكلية الباقية قابلة التحسين اذا روعيت هذه الشروط .

واذا كانت المعالجة الجراحية مستحيلة كما يشاهد ذلك في التهاب الكلية
او في العجز الكلوي الوظيفي المزمن ولا سيما في الاشخاص الذين أجري
لهم الإستئصال الكلوي وُسِّلت كليتهم الثانية ، فلا يبقى لديكم الا وسيلة
واحدة اي المعالجة الطبية. ويمكنكم ان تشاركوا مولدة الضد المثلية لنفر - بوكه
(antigène méthylique , Nègre et Bouquet) الشهيرة بفوائدها الحسنة
مع مداواة الحالة العامة وهذا نافع جداً في المرضى الذين لم يتجاوز عمرهم
العشرين فانهم يشفون بالتصلب الذي يُحيطُ بالآفة وينعم امتدادها او يسد
فوهة الخالب العليا .

ولا يجوز لنا الاعتقاد ان تلك الكلى المتصلبة لا يمكنها يوماً ما ان
تفاجئنا باعراض خطيرة بعد ان تمرَّ عليها مدة طويلة وهي ساكنة ومن
الخطأ ان نحسب شفاء كل تمسن موقت أياً كانت مدته .

والأحسن ان تستعمل المطهرات البولية وزرقة المثلين ١٠, ٠ عشرة
سنتغرامات على مرتين لتسكين الاوجاع المثانية والحذر من الاوروترويين
ومركباته التي تهيج المثانة بمحوضتها وتفضي الى بيلة دموية .
والاستطباب المثاني يقوم بتقطير الزيت الغومانولي العشري
حسب باستو .

يقطر ٥ سنتمتر مكعب كل يومين او ثلاثة ايام بالتناوب مدة خمسة
عشر يوماً مع ١٠ سنتمترات مكعبة من مزيج زرقة المثلين في المصل الخلقي
اضيف اليه النوفوكائين ام لم يضاف ولا اعلم اذا كان يرجع يوماً الى
خزعة الكلية وتحويل البول عن المثانة او الى خزعة الحالب الحرقفي (باين
Papin) متى كانت الآلام شديدة. وصفوة القول اذا سمح لي ان انطق
بالاعداد قلت ان المعالجة الطينية تشفي $\times ٥$ بالمئة من المرضى الحديثي السن
مع ما يرافقها من الحية الناجمة من تعمم المرض وخطره .
اذن فالمعالجة الجراحية تضمن الشفاء في $\times ٦٠ - \times ٨٠$ بالمئة حسب
البيئة والاستئصال متى كان ممكناً هو المعالجة المختارة في سل الكلية متى
شخص المرض في الوقت المناسب .



نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٣ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفى الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى

القديس لويس في باريس

ترجها الدكتور عزة مريد الطيب الداخلي في مستشفيات دمشق

— الفصل الثالث —

— حالة الزهرين الذين ابدوا تفاعلات ايجابية في السائل الدماغي الشوكي. —

ان جميع المشاهدات التي سترد في الفصل تكاد تكون خاصة بي فقد
فحصت السائل الدماغي الشوكي يدي وكان ذلك من دواعي اعتقادي
الاكيد بقيمة النتيجة التي استحصلها من تلك الفحوص واما الطرق التي
سأسلكها في هذا البحث فهي ما كنت اوضحته بإيجاز في صدر هذه المذكرة
ولن ادرس في هذا الفصل الا التفاعلات الايجابية البينة ثم اراقب السير
السريري والتغيرات الحيوية التي تطرأ على السائل الدماغي الشوكي في
مرضى اتبعهم مدة طويلة ما أمكن . ولتنظيم هذه المشاهدات وجعلها منزهة
عن الخطأ ما أمكن سندرس تباعاً المرضى الذين تتبعهم منذ الصفحة الأولى
للزهري ثم ادرس حالة المرضى الذين لم أتمكن من تتبعهم الا ابان سير الزهري

وتكامله وأي ارى ان هذا التفريق له اهمية من الوجهة الامراضية التي تستخرج من سير الزهري العصبي .

١ — مشاهدات المرضى المزولين منذ بدء الزهري : كثيراً ما تظهر تفاعلات السائل الدماغي الشوكي في المرضى الذين روقبوا منذ بدء الزهري وهي مختلفة الشدة واني لن اعود الى ذكر الاعمال التي قت بها للمرة الاولى سنة ١٩٠٣ فقد أثبت في ذلك العهد شروط ظهور الآفات ووفرتها فهي تظهر في ٦٣ ٪ من الزهرين في الاشهر الاولى لزهريهم . ثم لا تلبث ان تختفي في بضعة اشهر بعد ان تمر بدور خفي واضح .

وقد تم اثبات هذه النتائج من جميع جهاتها واصبحت الآن حقائق راهنة وقد تكون هذه التفاعلات بكورة جداً فقد شاهدها بعض المؤلفين في مرضى لا يزالون في دور القرحة ، واذ ابتدأت تحريات سنة ١٩٠١ وسنة ١٩٠٣ لم يكن لنا من وسائل التشخيص الباكر او المداواة الناجمة ما لنا اليوم وهكذا مر على الكثير من اولئك المرضى شهور عديدة دون ان تشخص امراضهم او تدوى ذلك لأن اكثرهم كان يمر بدور خفي زهري شديد وكانت تعزى اكثر التفاعلات المشاهدة اذ ذلك الى ترافق المرض بمندفعات جلدية كثيرة . ولقد توصلنا في الوقت الحاضر الى تشخيص رسمي ومعالجته بسرعة لأن هذه التفاعلات ليست بأندر من ذي قبل .

للزهري الثانوي تظاهرات سريرية اخرى وارى ان ذكرها

ضروري لأن الشروط التي تبني عليها مشاهداتنا

جد الاختلاف عما كانت عليه منذ ثلاثين سنة حلت في ذلك الوقت ٥

طرائق العمل Technique ناقصة جداً فلم تكن تعرف سوى التفاعلات الحلوية والآحية التي ذكرنا طريقة اجرائها . وعلى الرغم من نقص وسائط التحري والتفتيش فإن الاعمال التي قُت بها في ذلك العصر والتأثير التي استغلصتها كانت صادقة لا غبار عليها وكذا التحريات التي تلتها فقد وسعت دائرة البحث والتنقيب لأنها تركز على اساس التفتيش والاستقصاء التأمين ويظهر لي ان الواجب يقضي بدرس هذه التفاعلات من حيث سيرها وتكاملها لا من حيث حدوثها وها انا نجد بين ايدينا مشاهدات ثلاثين سنة روقب المرضى في خلالها وهي تدعم ولا شك ما نود ايراده من الحجج والبراهين .

فاماننا الآن ثلاث مجموعات كبيرة تتعلق بزهرين في ادوارهم الاولى ابدوا تفاعلات ايجابية في سائلهم الدماغي الشوكي .

الفئة الاولى : وهي تشمل المرضى الذين ابدوا منذ بدء زهرهم تفاعلات ايجابية بدون ان تبدو فيهم اى علامة سريرية ثم سارت هذه التفاعلات بصورة خفية وما لبثت ان احدثت بعد زمن متفاوت الطول .

الفئة الثانية : وهي تشمل المرضى الذين ابدوا منذ بدء زهرهم تفاعلات ايجابية تراقبها او تتلوها علامات سريرية وما لبثت ان احدثت معها تلك العلامات بعد زمن متفاوت الطول .

الفئة الثالثة . — وهي تشمل المرضى الذين ابدوا منذ بدء زهرهم تفاعلات ايجابية تراقبها او لا تراقبها علامات سريرية عصبية غير انها لم تمنح بل بقيت مدة طويلة لا بل ازدادت اعراضها خلال سنين طويلة حتى ظهر

الزهري العصبي الصريح .

الفترة الأولى : لقد بينت في مذكراتي الأولى سنة ١٩٠٣ ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي ترى في بدء الزهري تمحي سريعاً في بضعة اشهر وتبلى هذه التفاعلات القصيرة الأمد بازدياد عدد الخلايا وحياناً بازدياد خفيف في كمية الآح وتكثر الخلايا حتى انها تعكر منظر السائل الدماغي الشوكي الرائق وتتألف من البلغميات ووحيدات النوى وحياناً من خلايا المصورة وعلى الرغم من كثرة الخلايا فان هذه التفاعلات تزول زوالها في تفاعلات اقل غنى بهذه الخلايا. وعلى العكس فقد يكون زوالها بطيئاً ويستمر بضع سنوات وكل ذلك بدون ان يظهر اقل عرض سريري سواء أفي اثناء تكاملها او بعد زوالها .

واليك المشاهدتين التاليتين :

المشاهدة الأولى :

في كانون الثاني سنة ٩٠٣ — افرنجيات حطاطية ، بالبرل القطني — تفاعل خلوي شديد
آذار سنة ٩٠٣ — بالبرل القطني — التفاعل نفسه .
نيسان سنة ٩٠٤ — » » — تفاعل خلوي خفيف .
ايلول سنة ٩٠٤ — » » — سائل طبيعي .
ولم يشاهد في اثناء هذا السير الذي دام عشرين شهراً اقل عرض سريري

المشاهدة الثانية

آب سنة ٩٠٣ — ورديات (Roséole) ، صداع ، بالبرل القطني — سائل طبيعي غير انه فائق التوتر .
تشرين الاول سنة ٩٠٣ — مندفعات حطاطية ، افرنجيات صباغية في العنق ، بالبرل القطني — تفاعل خلوي شديد .

كانون الاول سنة ٩٠٣ — بالبرز القطني — التفاعل نفسه .
 ايلول سنة ٩٠٥ — » — تفاعل أخف .
 تشرين الثاني سنة ٩٠٦ — » — سائل طبيعي .
 تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — » — سائل طبيعي .
 ولم تظهر اي علامة سريرية واضحة في هذا السير ايضاً الذي اتاف على
 ٣٠ شهراً .

واليك مثالا آخر لم يخف التفاعل فيه الا بعد مرور سنتين :

المشاهدة الثالثة : ب رافو . س وعمرها ٢٠ سنة .

ايلول سنة ١٩٠٢ — قرحة في الشفة العليا .

كانون الثاني سنة ١٩٠٣ — افرنجيات حطاطية . بالبرز القطني — تفاعل خلوي
 شديد جداً

١٠ آذار سنة ١٩٠٣ — افعال منعكسة طبيعية ، فقد العلامات السريرية
 بالبرز القطني — تفاعل خلوي شديد .

٢٦ شباط ١٩٠٤ — حل في شهره الرابع ، بيلة آحينية ، وذمة في الساقين
 بالبرز القطني — تفاعل خلوي خفيف .

٧ ايلول سنة ١٩٠٤ — بالبرز القطني — تفاعل خلوي طبيعي .

تشرين الاول سنة ٩٠٤ — ولادة طفل سالم وسائله الدماغية الشوكي طبيعي .
 ولم تظهر ايضاً أية علامة سريرية ابان سير الآفة التي دامت ٢٤ شهراً .
 والخطأ الوحيد الذي يمكن توجيهه الى هذه المشاهدات هو كونها اخذت
 في زمن لم يكن يعرف فيه تفاعل بورده واسرمان او تفاعل التحوصب .
 وهنا أمر لا بد من ذكره وهو ان بعض المرضى قد يبدو تفاعل بورده
 واسرمان فيهم ايجابياً في بدء الآفة ثم لا يلبث ان يشفى بعد ذلك .

وها هي مشاهدات ثلاث تثبت انه كثيراً ما تكون التفاعلات

شديدة في السائل ويكون تفاعل بورده واسرمان ايجابياً ثم تتأثر الى الشفاء
 فيما لا نرى عرضاً سريرياً واحداً يدل عليها :

المشاهدة الرابعة : ب رافو . س وعمره ٢٣ سنة

تشرين الثاني سنة ٩١٩ — مندفعات وردية ، لويحات مخاطية ، صداع .
 ٢ نيسان سنة ٩٢٠ — صداع شديد ، ارق ، افعال منعكسة طبيعية بالبرز القطني
 تفاعل خلوي وآخني شديداً بورده واسرمان — ايجابي
 الخلايا الآح بورده واسرمان
 ٣ تشرين الثاني سنة ٩٢٠ — تفاعل شديد جداً ١,٤٠ غرام +++
 ١٧ تشرين الثاني سنة ٩٢٠ — » » » ١ غرام ++
 ١١ كانون الاول » » — » » ٠,٨٠ سغ +
 ١٨ » » » » — » » ٠,٧٠ » +
 ٢٦ » » » » » » وسط » » — سبي
 ٢ » الثاني » » » » ٠,٤٠ » » »

واما حال المريض فحسنة ولم يبد أقل عرض سريري .

المشاهدة الخامسة : ب رافو . س وعمره ٢٧ سنة .

آب سنة ٩١٣ — ورديات حطاطية ، صداع شديد .
 كانون الاول » » — فقد العلامات السريرية . بالبرز القطني — تفاعل
 خلوي شديد الآح ٠,٦٠ سغ بورده واسرمان —
 ايجابي ، الدم — بورده واسرمان ايجابي
 شباط سنة ٩١٩ — افعال منعكسة طبيعية ، فقدان الاعراض السريرية .
 بالبرز القطني — فقد التفاعل الخلوي ، آح طبيعي

المشاهدة السادسة : جانسلم وبلوش ، ه . . . متاهل وعمره ٣١ سنة

في سنة ٩٠٩ — قرحة ، مندفعات شديدة ، التهاب القرحة ، بالبرز القطني — تفاعل
 سحائي شديد ، بورده واسرمان ايجابي

من سنة ٩١١ الى سنة ٩١٣ — دوام تفاعلات السائل ، بورده واسرمان ايجابي
في السائل وفي الدم .

سنة ٩١٤ — بورده واسرمان الدموي — سلبي ، عودة الخلايا والآح في السائل
الى الحد الطبيعي ،

وبعد ستة أخرى اصبح تفاعل بورده واسرمان في السائل سلبياً .
وقد اعطي المريض ٣٥ غراماً من الارسنوبازول وحقق بالتوفار ثلاث
مرات في القناة الفقارية كان مجموع مقدارها ٥ ملغ .

ولاسباب نهملها لم نعد نرى المريضين السابقين اذ غادرا انا بعد ان اصبح تفاعل
السائل الدماغي الشوكي فيها طبيعياً ولعلهما شفايا غير انه لا برهان قاطع على
ذلك . وان المشاهدين التاليتين تينان حال مريضين شفايا تماماً بعد ان ابديا
تفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي دامت سنين عديدة دون ان
يرافقها اقل عرض سريري وقد تحقق شفاؤهما باجراء فحوص متعددة للسائل
الدماغي الشوكي بعد بدء الزهري بـ ١٧ — ٢٥ سنة .

المشاهدة السابعة : ب رافوس . وعمرها ١٨ سنة

ايار سنة ٩٠٣ — قرحة افرنجية .

٦ آب » » — وريديات حطاطية خفيفة ، بالبرز القطني — سائل طبيعي .

١٢ تشرين الثاني سنة ٩٠٣ — التهاب الوريد ، افرنجيات صباغية ، بالبرز القطني
تفاعل خلوي شديد جداً ، آح متزايد جداً .

١٢ كانون الاول سنة ٩٠٣ — بالبرز القطني — التفاعل نفسه .

٢٢ ايلول سنة ٩٠٤ — اختفاء الافات الجلدية ، افعال منمكة حادة ، بالبرز
القطني — تفاعل خلوي أقل شدة .

تشرين الاول سنة ٩٠٥ — بالفحص السريري — كل شيء طبيعي ، بالبرز القطني
تفاعل خلوي شديد .

٥ تشرين الثانى ٩٠٦ — بالفحص السريرى — كل شيء طبيعى، بالبرز القطنى ،

خلو المائع من التفاعل الحلوى ، الآح ٥٠,٥٠ سغ

٥ تشرين الثانى سنة ٩٠٧ — بالبرز القطنى — السائل طبيعى .

حزيران سنة ٩١٢ — بالبرز القطنى — السائل طبيعى .

نيسان سنة ٩٢٠ — بالفحص السريرى — كل شيء طبيعى ، بالبرز القطنى

السائل طبيعى .

ويلاحظ فى هذه المشاهدات الاخيرة امر مهم وهو سلبية التفاعل فى

السائل الدماغى الشوكى فى البرز المجرى بعد اربعة اشهر من بدء الافة

ان التفاعل كان شديداً فى البرز المجرى بعد ثمانية اشهر .

المشاهدة الثامنة : ب رافوس . وعمرها ٢٦ سنة .

فى كانون الاول سنة ٩٠٤ — قرحة افرنجية

١٦ حزيران سنة ٩٠٥ — ورديات ، لويحات مخاطية ، افرنجيات صباغية فى العنق

بالبرز القطنى — تفاعل خلوى شديد جداً وآح مزايـد

سنة ٩٠٨ — ألم العصب الوركى .

٣٠ آذار سنة ٩٠٩ - دوام الافرنجيات الصباغية ، بالبرز القطنى — تفاعل

خلوى خفيف وآح طبيعى .

١٣ تشرين الثانى سنة ٩١١ — اختفاء الافرنجيات الصباغية ، بالبرز القطنى —

سائل طبيعى تفاعل بورده واسرمان — سلبى فى الدم

والسائل .

حزيران سنة ٩٢٩ — بالفحص السريرى — كل شيء طبيعى، بالبرز القطنى —

سائل طبيعى .

ولنا فى سياق الزهري الارثى مشاهدات شبيهة بما ذكرنا غير انى لا اثبت

هناسوى المشاهدين اللتين نشرتهما فى مذكرتي سنة ٩٠٧ تحت عنوان

السائل الدماغي الشوكي في وراث الزهري :

المشاهدة التاسعة : س... وعمره ثلاثة اشهر

١١ تشرين الاول سنة ٩٠٣ — افرنجيات حطاطية ، لويحات مخاطية ، رأس

كبير ، يوافيخ متوترة ، بالبرل القطني — تفاعل

خلوي شديد وآح متزايد

١٠ تشرين الثاني سنة ٩٠٣ — بالبرل القطني — تفاعل خلوي خفيف

١٢ كانون الثاني سنة ٩٠٤ » » » » » »

٢٨ آذار سنة ٩٠٤ — بالبرل القطني - تفاعل خلوي خفيف جداً

٩ ايلول سنة ٩٠٥ — ولد ذو صحة جيدة ، لا عرض سريري ، بالبرل القطني —

سائل طبيعي

المشاهدة العاشرة : س... وعمره ٤ اشهر

٦ حزيران سنة ٩٠٦ — حطاطات على مختلف الجسم ، رأس كبير ، يوافيخ

متوترة بالبرل القطني — تفاعل خلوي شديد وآح

متزايد .

٣١ تموز سنة ٩٠٦ — بالبرل القطني — تفاعل صريح ، آح طبيعي .

١٦ تشرين الاول سنة ٩٠٦ — بالبرل القطني — تفاعل خفيف آح طبيعي

٨ حزيران سنة ٩٠٧ — ولد ذو صحة جيدة جداً ، لا عرض سريري بالبرل

القطني — سائل طبيعي .

الفئة الثانية : ان ظهور العلامات العصبية الناشئة من آفة الاعصاب

والاوعية السحائية في بدء الزهري يدعو الى ايجاد فروق بين مرضى الفئة

التي نحن بصدددها ولهذا فقد جعلنا كلاً منهما فئة مستقلة .

واننا نذكر مشاهدتي مريضين ابديا منذ ايام زهرهما الاولى اعراضاً

دالة علي آفة في اعصاب قاعدة الدماغ واوعيته واطهرت التفاعلات السحائية

فيهما اشتراك السحايا المباشر في توليد هذه العوارض ، وعلى الرغم من بقاء الاعراض العصبية خفت وطأة الآفات السحائية سريعاً وخذت التفاعلات السحائية ايضاً ولكن احد المريضين ما زال يبدي تفاعلاً آحياً شديداً مع ايجابية تفاعل بورده واسرمان :

المشاهدة الحادية عشرة : — رافو س ... وعمره ١٩ سنة .

نيسان سنة ٩٠٢ — قرحة افرنجية .

١٩ تشرين الثاني سنة ٩٠٢ — لويحات مخاطية ، افرنجيات صباغية في العنق ، لقوة مر عليها يومان ، بالزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً

١٨ شباط سنة ٩٠٤ — شفاء اللقوة ، افمال منعكسة طبيعية ، بالزل القطني — تفاعل خلوي خفيف جداً وآس طبيعي .

المشاهدة الثانية عشرة : ب رافو س ... وعمره ٣٤ سنة

ايلول سنة ٩١٩ — زهري .

كانون الاول سنة ٩١٩ — صداع شديد ، ضياع الرشد ، فقد الذاكرة ، بالزل القطني — تفاعل خلوي واحيني شديداً جداً .

الحلايا الآح بورده واسرمان

شباط سنة ٩٢٠ — عدد كبير من خلايا المصورة كمية غزيرة + +

٢١ نيسان » — كثيرة جداً ، ٨٠ ، + +

٥ مائس » — وسطى ، ٤٠ ، + +

١٢ تموز » — » ، ٢٥ ، +

٣١ كانون الثاني سنة ٩٢١ — قليلة ، ٣٠ ، +

٦ تشرين الاول سنة ٩٢١ — لا شيء ، ٢٠ ، -- سلبى

الفحص السريري — طبيعي

ونرى في المشاهدة الاخيرة وهي تتعلق بمريض روقب منذ بدء زهريه

علامات زهرية دماغية وتفاعلات سحائية واسعة ما لبثت جميعها ان شفيت
بمدة عشرين شهراً تقريباً. وعلينا منذ الآن ان نسجل هذه النتيجة الواضحة
التي تفيدنا ان الافات العصبية التي ترافقها تفاعلات شديدة في السائل الدماغي
الشوكي تسرع في شفاؤها كلما كانت قريبة من بدء الزهري .

وما سنورده في الملاحظة التالية يقرب مما ذكرناه فهو يتعلق بمريض
اصيب منذ بدء زهره بفلج مضاعف وجهي وسمعي وعلى الرغم من اِهمال
البزل القطني تأكد ان التفاعلات كانت ايجابية فيه استناداً الى ما ذكر في
الملاحظات المشابهة له من جهة فضلاً عن ان ظهور السكتة (icties) الفجائي
يدل دلالة صريحة على التهاب السحايا القاعدية الحادثة منذ بدء الزهري وقد
اجريت له ست حقن ٦٠٦ وبعض حقن اخرى بالزيت السنجابي في بدء
مرضه واما بعد ظهور السكتة فقد عولج بمعالجة جديّة ولكن الإخلاط
لم تعد الى حالها الطبيعية الا بعد مضي سنتين على المداواة وهذه مشاهدته :

الملاحظة الثالثة عشرة : — ب. رافوس . . . ولد سنة ١٨٨٣

سنة ٩٠٩ — قرحة افرنجية وبعد قليل من الزمن لقوة وصمم في الاذن اليمنى والبزل
القطني لم يجر غير ان ايجابية مؤكدة للأدلة الكثيرة الشاهدة
على ذلك ومنها — فلج الوجهي والسمعي المضاعفات . ولم يحقن المريض بسوى ست
حقن ٦٠٦ وبعض حقن من الزيت السنجابي .

سنة ٩١٥ — اصيب بسكتة ولم يبزل قطنه غير ان حدوث السكتة ثبت ايجابية
ثم عولج بالنوفارسونبازول والزرنيق معالجة منتظمة فكان في :

الحلايا	الزلال	بورده واسرمان
١٢٨ —	١,٢٠ غرام	تمت خفيف +
٣ —	٦٠ سغ	سلي

تشرين الاول سنة ٩١٦ —

آذار سنة ٩١٧ —

حزيران سنة ١٩١٨ —	١	٣٠	سغ	—	سبلي
نيسان سنة ١٩١٩ —	١	٢٥	سغ	—	سبلي

الفحص السريري — طبيعي .

والأمر الذي يؤخذ على هذه المشاهدات هو كونها تختص بمرضى لم يتبعوا المدة الكافية بعد الشفاء السريري وسلبية التفاعلات الخلطية ويمكننا ان نتساءل عما اذا لم يكن هؤلاء المرضى معرضين للنكس غير ان الجواب على هذا الاعتراض كائن في المشاهدين الاليتين عن مريضين مصابين باعراض عصبية منذ بدء الزهري المكتسب في احدهما والارثي في الآخر ويظهر منهما ان التفاعلات الاليجائية الصريحة في السائل الدماغي الشوكي التي ترافقها اعراض سريرية وحيوية زالت تماماً على ألا تعود ابداً وقد أكد ذلك فحص احد المريضين بعد عشرين سنة وفحص الآخر بعد اربع سنوات .

في المشاهدة الاولى لا بد من التنبيه الى ان التفاعلات الخلوية والاحينية في السائل الدماغي الشوكي بقيت من سنة ١٩٠٠ — ١٩٠٤ شديدة جداً الأمر الدال على نقص المعالجة لاننا لم نكن نملك غير الزيت السنجابي ولهذا بقي الفلج الوجهي الذي ظهر سنة ١٩٠٠ حتى سنة ١٩٠٤ واختلط بفلج عيني سنة ١٩٠٤ وابتدأت التفاعلات السحائية بالخفة ولم يعد السائل الدماغي الشوكي الى حاله الطبيعية الا بعد سنتين من الزمن . واما التهاب السحايا فلم يبق ما يدل عليه بعد ستة عشر عاماً الا اختلاف الحدقتين المتقطع الامر الذي شاهدناه في مرضى كثيرين وان تتبع هذه المشاهدة مدة طويلة يدل على ان شفاء التهاب السحايا ممكن في دوره الثاني المصحوب باختلالات عصبية وخيمة

وتفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي .

المشاهدة الرابعة عشرة :

سنة ٩٠٠ — قرحة افرنجية ، وبعد ستة اشهر — فلج وجهي
 كانون الاول سنة ٩٠٢ — بقاء الفلج الوجهي ، البزل القطني — تفاعل خلوي
 شديد جداً وآح متزايد جداً
 كانون الثاني سنة ٩٠٤ — اختلاف خفيف في الحدقتين ، البزل القطني — تفاعل
 خلوي وسط وآح متزايد قليلاً
 ايلول سنة ٩٠٦ — اختلاف خفيف في الحدقتين ، افعال منعكسة طبيعية . البزل
 القطني — تفاعل خلوي خفيف وآح طبيعي
 تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — تساوي الحدقتين ، افعال منعكسة وبالبزل القطني
 سائل طبيعي
 تشرين الثاني سنة ٩٢٠ — اختلاف خفيف جداً ومتقطع في الحدقتين ، انعكاسات
 طبيعية ، البزل القطني — خلو المائع من التفاعل
 الحلوي ، آح ٣٥ ، سغ ، بورده واسرمان سلمي
 ويرى الشيء نفسه في سياق الزهري الوراثةي .

وهذه هي مشاهدة وليد وارث للزهري ابدى منذ ولادته اختلاجات
 وصلابة في النقرة يرافقها فلج في عضلات العين مع تفاعل خلوي شديد
 جداً وقد زالت منه اعراض التهاب السحايا هذه بعد ستة اشهر دون ان
 تبقى اثر يذكر وروقب المريض ثلاث سنوات لم تنكس في خلالها الاعراض
 السريرية ولا التفاعلات الخلطية مما ثبت شفاؤه .

المشاهدة الخامسة عشرة : س وعمره ثلاثة اسابيع

ايلول سنة ٩٠٢ — لويحات غطائية ، اختلاجات ، صلابة النقرة ، هبوط الجفن
 الايسر ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد وآح طبيعي

تشرين الاول — تحسن الاختلالات العصبية ، بالزلز القطني — تفاعل خلوي

أقل شدة

كانون الثاني سنة ١٠٤ — بالزلز القطني — تفاعل خلوي خفيف
آذار » » — » » » خلو السائل من التفاعل الخلوي ، آح طبيعي

أيار » » — » » » سائل طبيعي

نيسان » » — » » » »

كانون الثاني » ١٠٧ — » » » »

الفحص السريري — طبيعي

وفي المشاهدات السالفة نرى ان العلامات العصبية المشاهدة في صفحات
الزهري الاولى ظهرت في وقت واحد مع تغيرات السائل الدماغي الشوكي
واما في المشاهدات التالية فان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي الشديدة
تقدمت كثيراً ظهور العلامات السريرية فنرى فيها تقدم الدور السابق
للسريريات الذي اظهره درس التفاعلات الحيوية على الدور السريري وقد
شفي هؤلاء المرضى سريراً وخطياً بعد المعالجة

ففي المشاهدة الاولى نرى مريضاً أبدى تفاعلاً خلوياً شديداً بعد بدء
زهريه بستة اشهر وبعد عشرين شهراً من ذلك اصيب بزمناً واحداً بفالج
شقي أيسر وبلقوة يسرى فوجود الآفتين في طرف واحد يدل على المنشأ السحائي
الوعائي لهذه الاختلالات وقد عاد كل شيء الى حاله بعد سنتين من المعالجة
ولم يبقَ الا تققع خفيف في الجهة المفلوجة يكاد يكون قاعدة مطردة

المشاهدة السادسة عشرة : ب رافوس

كانون الثاني سنة ١٠٨ — قرحة افرنجية ، مندفعات وردية
أيار » » — صداع شديد ، بالزلز القطني — تفاعل خلوي
شديد جداً

كانون الاول سنة ٩٠٩ — فالج شقي اسر ولقوة يسرى
 تشرين الاول سنة ٩١٠ — استمرار الفالج الشقي، بالبرز القطني — تفاعل
 خلوي شديد جداً، وآح متزايد
 كانون الاول سنة ٩١٠ — بالبرز القطني — تفاعل خلوي شديد وآح متزايد،
 بورده واسرمان سلبي
 كانون الثاني سنة ٩١١ — تقفع في الجهة المفلوجة، بالبرز القطني — تفاعل
 خلوي ونسط، آح متزايد قليلاً، بورده واسرمان سلبي
 كانون الثاني سنة ٩١٢ — تقفع في الجهة المفلوجة، بالبرز القطني — سائل طبيعي
 وفي المشاهدة التالية عن مريضة بقي زهرتها مجهولاً سنتين بدون معالجة
 وفي حزيران سنة ١٩٠٤ تبينت عندها زهراً صباغياً في العنق. وحاصة
 وضداعاً شديداً فبرزل قطنها فكان التفاعل الخلوي شديداً حتى انه عكر
 السائل وارتفع جداً مقدار الآح ولم تبد في ذاك الوقت اقل علامة
 سريرية ثم اجري لها فحضان آخران في آب وايلول سنة ٩٠٤ تبين فيها
 استمرار التفاعل وفي كانون الثاني ٩٠٥ اي بعد ثمانية اشهر ظهر اول عرض
 عصبي وهو اختلاف الحدقتين مع كسل الانعكاسات الضيائية وبعد عشرين
 شهراً من ذلك عاد كل شيء الى حاله ولم يبق سوى اختلاف خفيف ومتقطع
 في الحدقتين كما كان في المشاهدة الرابعة عشرة. وكانت المريضة عرضة
 لسليلة فحوص اجريت لها في اوقات مختلفة وآخر هذه الفحوص كان سنة
 ١٩١٩ اي بعد مضي ١٤ عاماً على بدء الموارض فكان شفاؤها السريري
 والخلطي تامين.

وقد مكنتني الصدقة في هذا العام سنة ٩٣٠ من الاجتماع بزوجه
 فأكد لي ان زوجته تتمتع بصحة جيدة ولا يزعمها اقل اختلال عصبي :

المشاهدة السابعة عشرة : — س وعمره ٢٤ سنة .

نيسان سنة ١٩٠٢ — ، قرحة وردية زهرية خفي لم يعالج
حزيران سنة ١٩٠٤ — حاصة ، افرنجيات صباغية في العنق ، صداع شديد
بالزلز القطعي - تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل عكر
آح متزايد

آب سنة ١٩٠٤ — بالزلز القطعي — السائل نفسه
ايلول » » » » »
حزيران سنة ١٩٠٥ — اختلاف الحدقتين مع كسل الانعكاس الضائحي ، بالزلز
القطعي — تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل عكر ، ترايد
كثيرات النوى ، آح متزايد جداً

ايلول سنة ١٩٠٥ — اختلاف بخفيف دون خلل الانعكاس ، بالزلز القطعي ،
تفاعل خلوي وسط ، آح طبيعي

تشرين الاول سنة ١٩٠٦ — تساوي الحدقتين ، لا خلل في الانعكاسات ، بالزلز
القطعي — تفاعل خلوي خفيف ، آح طبيعي

تشرين الثاني سنة ١٩٠٧ — بالزلز القطعي — سائل طبيعي
ايار سنة ١٩١١ — اختلاف الحدقتين المتقطع والخفيف جداً ، بالزلز القطعي ،
سائل طبيعي

نيسان سنة ١٩١٩ — تساوي الحدقتين ، انعكاسات طبيعية ، بالزلز القطعي ،
سائل طبيعي

وقد بلغني سنة ١٩٣٠ ان المريضة بصحة جيدة جداً .

والنكم المشاهدين التاليتين المتعلقتين بوراثة الزهري :

ففي الاولى رى ان تفاعلاً سحائياً صريحاً ظهر قبل التهاب العصب
البصري بشهر او شهر ونصف غير ان المريض ويا للأسف لم يتبع حتى

شفائه ولكن المشاهدة الثانية تسد هذه الثلمة باظهارها ان هذه العوارض
اسرعت في الظهور

المشاهدة الثامنة عشرة : س... وعمره ثلاثة اشهر

١٩ تشرين اول سنة ١٠٦ — حطاطات ، اختلاجات ، صلابة النقرة ، التهاب

المشيمة ، بالبرز القطني — تفاعل خلوي وسط

وآح طبيعي

٣٠ تشرين الثاني سنة ١٠٦ — التهاب العصب البصري ، بالبرز القطني —

التفاعل نفسه

١٠ كانون الثاني سنة ١٠٦ — الحالة نفسها في المين ، بالبرز القطني — خفة

التفاعل الخلوي

والمشاهدة الثانية تتعلق بوليد أصيب بمندفعات حطاطية وصلابة النقرة
مع تفاعل خلوي وسط دون زيادة في الآح وبعد شهر من الزمن اشتدت
التفاعلات الخلوية دون التفاعلات الاحينية وبعده ١٥ يوماً لوحظ التهاب
مضاعف في العصب البصري وبعد اربعة اشهر عاد كل شيء الى نصابه
سريراً وخليطاً وهذه المشاهدة هي مصغر ما ذكرناه في الكهول
مرات عديدة

المشاهدة التاسعة عشرة : س وعمره شهران ونصف شهر

١٦ حزيران سنة ١٠٦ — حطاطات ، صلابة النقرة ، بالبرز القطني — تفاعل

خلوي وسط وآح طبيعي

١٨ تموز سنة ١٠٦ — بالبرز القطني — تفاعل خلوي شديد وآح متزايد

١ آب سنة ١٠٦ — التهاب العصب البصري المضاعف ، بالبرز القطني —

التفاعل نفسه

٦ تشرين الثاني سنة ١٠٦ — تحسن جميع الاعراض ، بالبرز القطني — تفاعل

خلوي خفيف

٨ كانون الثاني سنة ٩٠٨ — بالبرزل القطني — سائل طبيعي

الفترة الثالثة : ان المشاهدات السالفة تتعلق بزهرين ابدوا منذ بدء آفتهم تفاعلات مختلفة الشدة في السائل الدماغي الشوكي ثم ما لبثت هذه التفاعلات ان تلاشت ، بعد ان كانت قد تكاملت خلال سنين عديدة ، دون ان تترك اقل اثر ، واما ما سنذكره الان من المشاهدات فيتعلق بزهرين ابدوا تفاعلات شبيهة جداً بتفاعلات المرضى السالفة من حيث ظهورها واشتدادها ولكنها دامت سنين عديدة وانتهى بها الامر بزهرى عصبي خطر .

ويستفاد من هذه المشاهدات ولا سيما من الوجهة العملية ان التفاعلات ظهرت في السائل الدماغي الشوكي منذ بدء الزهرى نفسه واستمرت سائرة من سيء الى اسوأ وافضى بها الحال بعد مدة متفاوتة الطول الى زهرى عصبي خطر يستتج من ذلك في هؤلاء المرضى وفي غيرهم ايضاً ان اصابة الجملة العصبية حاصلة منذ بدء الزهرى ولكنها بقيت خفية مدة طويلة من الزمن حتى انتهت بالسهم (tabès) او بالفالج العام . والنقطة الهامة التي اجهد نفسي في جعلها حقيقة راهنة هي ان لخصوص السائل الدماغي الشوكي في هذا الدور السريري الخفي كانت ايجابية مما دل على وجود عمل خفي في ملء الجملة العصبية ينما كل الفحوص السريرية جميعها كانت سلبية . فاليكم الان مشاهدة مريض اُبدى منذ بدء زهره تفاعلات شديدة في السائل الدماغي الشوكي وما زال التفاعل بعد ثماني سنوات مضت كما كان عليه من الشدة مع ان الاستاذ غيلان لم يتوفى ابدأ لتحقيق اي عرض سريري عصبي

ثم مات المريض عرضاً قبل ان تتم مشاهدته فالحالة اذن حالة التهاب سحائي مزمن بدأ مع الزهري ولكنه بقي خفياً مدة ثماني سنين ولم تعرف النتيجة التي كان لا بد له ان يسير اليها وهي اما الشفاء كما رأينا في المشاهدات السالفة او الزهري العصبي الخطر كما سنرى لأن الموت ادركه قبل ذلك

المشاهدة العشرون : س... وعمره ٣٠ سنة

سنة ٩١٢ — قرحة افرنجية على الشفة السفلى ، وردية ، لويحات مخاطية بالبرل

القطني — تفاعل خلوي شديد جداً وآس متزايد جداً

سنة ٩٢٠ — لم يشاهد الاستاذ غيلان اقل عرض سريري للزهري العصبي بالبرل

القطني — تفاعل خلوي غزير ، الآس ١,٥٠ غرام ، بورده واسرمان

ايحاجي بشدة ، الدم ، بورده واسرمان سلبي

سنة ٩٢٢ — غرق المريض عرضاً وهو يصطاد

ورى في المشاهدة التالية ما نظرناه في المشاهدة السابعة مع انه يمكننا

القول بايحاجية سائله الدماغية الشوكي نظراً الى اللقوة التي اصابته منذ بدء

زهريه الى ما يشاهد في الحوادث المشابهة فالحالة هنا حالة التهاب سحائي

مزمن بقي خفياً ١١ عاماً لان الاستاذ (غيلان) لم يشاهد ابانها اقل عرض

سريري عصبي ولم يتيسر لنا بعد ذلك ان نقف للمريض على أثر

المشاهدة الحادية والعشرون : س... وعمره ثلاثون سنة

البلول سنة ٩١١ — قرحة الشفة

تشرن الثاني سنة ٩١١ — صداع شديد ودوار

كانون الثاني ٩١٢ — لقوة ، البرل القطني ، لم يجز غير اننا نعتقد جداً بايحاجيته

كما تدل على ذلك مشاهدات جميع المرضى الذين اصابوا

بلقوة منذ بدء زهرهم

حزيران سنة ٩٢١ — خذل شقي ايسر: (hèmi parésie gauche)
 اذار سنة ٩٢٢ — فخص المريض الاستاذ (غيلان) فلم يشاهد فيه اقل عرض
 سريري دال على التهاب السحايا او على تغير في الجملة العصبية،
 بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً ، الآح ٥٠، ١ غرام
 بورده واسرمان — ايجابي ، الدم بورده واسرمان ايجابي

ولم نرَ المريض بعد ذلك .

وفي المشاهدة التالية نرى تفاعلاً سحائياً شديداً بدأ مع الزهري وتقدم
 الكساحة Paraplégie بستة اشهر

المشاهدة الثانية والعشرون : س . . . وعمره ٢٣ سنة

٢٠ تموز سنة ٩٠٥ — افرنجيات صباية في النقب بالبزل القطني ، تفاعل خلوي
 شديد جداً وآح متزايد

٩ كانون الثاني سنة ٩٠٦ — كساحة ، بالبزل القطني — التفاعل نفسه
 ١٨ نيسان سنة « » — تحسن الكساحة ، انحما الانعكاسات الرضفية
 والدائرية بالبزل القطني — التفاعل نفسه

وفي المشاهدة الالية نرى تفاعلاً خلوياً شديداً بدأ مع الزهري وتلاه
 بعد اربعة اشهر التهاب العصب البصري ثم اشتدت التفاعلات فكان
 تفاعل بورده واسرمان ايجابياً في السائل وفي الدم وبعد ذلك بسنتين ظهرت
 علامات التهاب النخاع الشوكي المعترض : وكساحة .

المشاهدة الثالثة والعشرون : س . . . وعمره ٣١ سنة

ايلول سنة ٩١١ — قرحة افرنجية ، وردية ، بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد
 كانون الاول سنة ٩١١ — صداع شديد ، دوار ، التهاب النصب البصري الايسر
 بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، وآح
 متزايد جداً

كانون الثاني سنة ٩١٢ — بالزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً مع كثير من خلايا المصورة وكثيرات النوى وآح متزايد جداً ،

تفاعل بورده واسرمان ايجابي في الدم والسائل

شباط سنة ٩١٣ — حدة طبيعية ، التهاب الفزجة والمشيمة للعين اليسرى بالزل القطني ، تفاعل خلوي وسط وآح متزايد ، تفاعل بورده

واسرمان ايجابي في السائل والدم

ايلول سنة ٩١٣ — التهاب النخاع الشوكي المعترض وكساحة

والمشاهدتان التاليتان متعلقان بمريضين ابديا في بدء زهرهما علامات

التهاب السحايا واصيبا سريعاً بالسهم .

في المشاهدة الاولى بقي تفاعل السائل الدماغي الشوكي ايجابياً سنتين

بعد بدء الزهري يرافقه اعراض التهاب جذوع الاعصاب العصبية اليمنى

وبعد سنة من ذلك اصيب بالسهم ،

المشاهدة الرابعة والستون : ر . . . عمرها ٤٦ سنة

سنة ٩٠٦ — اندفاعات متعممة ، سقوط الاشعار ، اسقاط

تشرن الاول سنة ٩٠٨ — صداع شديد ، التهاب الجذور العصبية العصبية اليمنى

ضف الانعكاسات الداغصية والمنية ، بالزل القطني ،

غزارة البلغميات

آذار سنة ٩٠٩ — سلس البول ، انعدام الانعكاسات الضيائية

تموز سنة ٩٠٩ — سهم واضح

وفي المشاهدة الثانية لم يجر البزل القطني غير ان المريض اصيب بفلج

عيني وشفع (Diplopie) الاثر الدال على التهاب سحائي مع بزل قطني

ايجابي على ما رجح وبعد ثلاث سنين احدث الانعكاسات ثم ما لبث المريض

بعد ثماني سنوات ان أصيب بسهام يرافقه سائل دماغي شوكي إيجابي

المشاهدة الخامسة والعشرون سن ...

شباط سنة ٩١٣ — وردية

حزيران سنة ٩١٣ — فلج عيني ، شفع ، واما البزل القطني فلم يحجر غير انه من المحتمل كثيراً كونه إيجابياً لانه كثيراً ما يكون كذلك

في مثل هذه الافات العينية الحاصلة في الدور الثانوي

آب سنة ٩١٦ — اختلاف الحدقتين ، انعدام الانكسارات ، بورده واسرمان الدموي سلبي

تشرين الاول سنة ٩٢١ — سهام صريح ، بالبزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، ومقدار الآح ١ غرام ، بورده واسرمان

إيجابي ، الجاوي إيجابي

وهذه مشاهدات خمسة مرضى كان البزل القطني فيهم إيجابياً منذ بدء

زهرهم (عدا المشاهدة الاولى «٢٦») وأصيبوا بالفالج العام ولم ينقطع التفاعل

الايجابي حتى ظهرت اولى العلامات السريرية للفالج العام في المشاهدة الاولى

لم يحجر البزل القطني ولم اكن لا اعتد بهذه المشاهدة لو لا ان المريض

أصيب بلقوة منذ سني زهره الاولى ولكنني قد لاحظت في المشاهدات

الاخرى المشابهة تفاعلات صريحة في السائل الدماغي الشوكي ، كما تدعمه

المشاهدتين الحادية عشرة والرابعة عشرة السالقتين ومشاهدات اخرى لم

اذكرها في هذه المذكرة ، فقد تأكدت جيداً ان التهاب السحايا الذي

ظهر منذ بدء المرض بقي خفياً ست سنوات ثم ظهرت شدته في الوقت الذي

ظهرت به اولى علامات الفالج العام الذي مات المريض على اثره بعد سنتين

المشاهدة السادسة والعشرون : س

سنة ٩١٤ — قرحة افرنجية

سنة ٩١٥ — لقوة ولم يحجر البزل القطني غير ان ايجايته امر ثابت في امثال

هذه الحوادث

سنة ٩٢١ — فلج عام صريح ، بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد ترافقه

الحلأيا المصورة ، الآح ١,٤٠ غراماً ، بورده واسرمان ايجابي بشدة

الجاي ، ايجابي ، بورده واسرمان الدموي ، ايجابي بشدة

سنة ٩٢٣ — مات المريض متأثراً من الفلج العام

وفي المشاهدة الثانية نرى التهاباً سطحياً يثبت له لنا الفحصان السريري

والخلطي ظهر عام ١٩٠١ مع بدء الزهري واستمر حتى ٩١٥ اذ مات المريض

اثر الشلل العام . واذا جاز لنا ان نتردد في التهاب السحايا استناداً الى ظهور

ألم للمثلث التوائم الذي تلاه فالج شقي وبكم فلا يمكننا ان ننكر حقيقة تدعيمها

بتفاعلات السائل الدماغى الشوكى الايجابية التي استمرت سنة ٩٠٣ حتى

بنته ٩١٥ فقد كان البزل القطني في جميع مراحل الآفة دليلاً على وجودها

وشدتها لانه منذ البدء كانت كثيرات النوى عديدة كما ان السائل كان عكراً

بعد بزول متكررة .

المشاهدة السابعة والعشرون :

اذار سنة ٩٠١ — وردية ، افرنجيات صباغية في العنق

تشربن الاول سنة ٩٠٣ — ألم المثلث التوائم ، التهاب الشبكية النزفي المضعاف

بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل

عكر وآح متزايد

كانون الثاني سنة ٩٠٤ — صداع شديد ، بالبزل القطني التفاعل الخلوي

نفسه ، سائل عكر

تموز سنة ٩٠٤ — فالج شقي وبكم
 حزيران سنة ٩٠٥ — شفاء الفالج الشقي ، انعكاسات طبيعية ، بالزلز القطني
 تفاعل خلوي شديد جداً ، سائل عكر
 تشرين الاول سنة ٩٠٦ — بالزلز القطني ، التفاعل الخلوي نفسه ، مقدار الآح غرام
 ايار سنة ٩٠٧ — » » » » » » »
 تشرين الاول سنة ٩٠٨ — الحديقة اليسرى غير منتظمة والحديقة اليمنى ذات
 انعكاسات متناقضة . بالزلز القطني تفاعل خلوي
 اخف ، مقدار الآح غرام
 كانون الاول سنة ٩١١ — تشوش بسيط في التكلم ، بالزلز القطني تفاعل خلوي
 واضح وخلايا المصورة ، آح متزايد جداً ، بورده
 واسرمان ايجابي
 آذار سنة ٩١٢ — علامة أرجيل ، انعكاسات شديدة ، بالزلز القطني التفاعل نفسه
 وقد ماتت المريضة اثناء الحرب اثر الفلج العام .
 ولا تخلو المشاهدات الثلاث التالية من فائدة تذكر فترى فيها ان
 التهاب السحايا والالوعية (meningo-vascularite) الذي ظهر منذ بدء
 الزهري بقي خفياً عشر سنوات (كما في المشاهدة ٢٧) وخمس سنوات (كما
 في المشاهدة ٢٩) وعشر سنوات (كما في المشاهدة ٣٠) حتى ظهرت سريراً
 اعراض الشلل العام .

المشاهدة الثامنة والعشرون : . . .

سنة ٩١٠ — بدء الزهري ، بالزلز القطني ، تفاعل ايجابي
 من سنة ٩١٠ — ٩٢٠ — استمرار تفاعل السائل الدماغي الشوكي
 سنة ٩٢٠ — شلل عام

المشاهدة التاسعة والعشرون : وعمره ٢٢ سنة

آب ٩٠٧ — مندفعات وردية ، لويحات مخاطية

كانون الاول سنة ٩٠٧ - بالزل القطني - تفاعل خلوي شديد جداً
 نيسان سنة ٩١٢ - صداع شديد ، اختلاف خفيف في الحدقين بالزل القطني
 تفاعل خلوي شديد ، بورده واسرمان الدموي ايجابي
 ايلول سنة ٩١٢ - خلل في الكلام ، رعشة في اللسان ، حدة تكاد تتفاعل في
 النور بالزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً ، آح متزايد
 جداً ، بورده واسرمان ايجابي بورده واسرمان الدموي ايجابي
 اوائل سنة ٩١٣ - شلل عام صريح ، بالزل القطني ، التفاعل نفسه
 واما المشاهدة الثالثة (٣٠) فقد بولغ في تدقيقها فبعد ان فحص السائل
 الدماغى الشوكي في بدء الزهري كما هي القاعدة شوهد تفاعل سحائي شديد
 جداً دون اي عرض سريري وفي السنة التي تلتها اجري له فحص آخر
 فكانت النتيجة اوضح. وأصرح وفي سنة ٩٢٠ قام صديقي الاستاذ غيلان
 بفحص المريض فلم يشاهد فيه عرضاً سريرياً ما وفي غرة سنة ٩٢١ حققه
 ببعض حقن من الكالومل ثم اختفى عن الانظار وبقي دون معالجة وقد بانني
 سنة ٩٢٩ انه مصاب بالشلل العام منذ سنة ٩٢٨

المشاهدة الثلاثون : س... عمرها ٢٨ سنة

سنة ٩١٧ - قرحة ، وردية ، لويحات مخاطية
 سنة ٩١٩ - لويحات مخاطية ، بالزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، الآح
 ٦٠. سنغ ، بورده واسرمان ايجابي بشدة
 سنة ٩٢٠ - فحصه الاستاذ غيلان ولم ير اي عرض سريري للزهري العصي ،
 بالزل القطني ، تفاعل خلوي شديد جداً ، الآح ٨٠ ، سنغ ، بورده ،
 واسرمان ايجابي بشدة ، بورده واسرمان الدموي ايجابي بشدة
 وكان يحتمل المريض في اثناء ذلك بالكالومل وبزل قطنه عشر مرات

متوالية باسم التفجير القطني

ومن سنة ٩٢١ - سنة ٩٢٩ - غاب عن الاعين ولم يعالج وفي سنة ٩٢٩ علمنا انه دخل مستشفى (سانت آن) لاصابته منذ سنة بالشلل العام .

النتائج : يستتج من المشاهدات السالفة دون حاجة الى الاسهاب في تعليلها ما يأتي :

(١) - كثرة الاصابات العصبية الخفية مع فقد الاعراض السريرية تلك الاصابات التي يدل عليها تحليل السائل الدماغي الشوكي وتبدو مع بدء الزهري كسبياً كان او ارضياً وقد أبنت سنة ٩٠٣ كثرة وقوعها اذ كان عدد الوقائع يقرب من ٦٨ ٪ في الزهري الثانوي الذي يرافقه خمج زهري ثم لا تلبث ان تختفي في بضعة اشهر دون ان تبقى لها اثرًا .

ولقد جربت في فاتحة هذه المذكرة ان أبين المنشأ الزهري والعلاقات الوثقى التي تربط الافات السحائية الوعائية الجوهرية مع تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي ليست الاً دليلها الحيوي

(٢) - تطول بعض الافات النادرة اكثر من ذلك ومنها :

أ - ان بعض الافات التي تبقى خفية دون عرض سريري تظهر جميع درجات الشدة الممكنة حتى انها قد تكون فائقة الشدة مع كثرة الخلايا ولا سيما خلايا المصورة وغزارة الاح ايضاً وتفاعل واسرمان الايجابي في الدم والسائل وكذلك تفاعل غيلان ثم لا تلبث ان تختفي في بضع سنين دون نكس سريري وخططي كما تظهر ذلك مشاهدات ٢٠ سنة واكثر .

ب - وآفات اخرى تشبه أتم الشبه ما سبق ولكنها تتصف ببعض

العلامات السريرية الصغيرة الدالة على الزهري العصبي (التهاب الشرايين التهاب الاوعية والسحايا ، فليج عصب او عدة اعصاب قحفية و الخ) ثم لا تلبث ان تشفى تماماً .

ومهما يكن فقد رأينا في بعض المشاهدات تقدم التفاعلين في السائل على ظهور هذا العرض السريري الصغير مثبتا بذلك الدور السابق للسريريات لهذه التظاهرات المختلفة

ج - وفي هذا القسم الآفة العصبية تبدأ مع الزهري وتكون شديدة في الغالب بعد ان تمر بدور خفي قد يكون طويلاً في بعض الاحيان ثم تتلوه علامات سريرية دالة على زهري عصبي وخيم : (التهاب النخاع ، سهام ، شلل عام) وهذا ما يؤكد ايضاً الدور السابق للسريريات الذي ذكرته سنة ٩١٤ .

(٣) - تثبت المشاهدات السالفة كما ستثبت المشاهدات التالية كثرة التفاعلات الايجابية في السائل الدماغي الشوكي التي يرافقها تفاعل بورده واسرمان الايجابي دون ان يكون ثمة اقل عرض سريري خلافاً لرأي (سيكار) الذي صرح سنة ٩٢٠ في الاجتماع السنوي لجمعية الامراض العصبية وسأعود الى هذه النقطة المهمة حيناً اسرد المشاهدات الاخرى بعد حين

(٤) - تسهيل معرفة المنهج الذي ستسلكه الافات السحائية الجوهرية على الرغم مما لدينا من وسائط الاستقصاء الحاضرة (حتى تفاعل غيلان او الذهب الغروي) هذا متى لم تكن الاعراض السريرية وكان ثمت تفاعل خلوي شديد في المائع الدماغي الشوكي (للبحث صلة)

طريقة كاستل في معالجة فقر الدم الحثيث

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

ما من يجهل ان الطب كان قاصراً عن معالجة فقر الدم الحثيث على الرغم من تعدد الطرق وان فكرة جديدة جاءت تبين دور التشوشات المعوية في احداث هذا الداء غير ان الطرق التي وجهت الى مكافحة تلك التشوشات املاً بتحسين حالة الدم لم تثمر كثيراً.

ثم ظهرت منذ مدة مقالة لينو ومورفي ينا فيها فائدة الاستعضاء الكبدي في معالجة فقر الدم الحثيث فكان لهذه الطريقة شأنها في فن المداواة لحسن نتائجها وسهولة استعمالها . وقد كشف مينو ومورفي طريقتهم صدفة لان هوبيل كان قد بين قيمة الاستعضاء الكبدي في ترميم الكريات الحمر في الكلاب المضيفة دماؤهم بفصادات مكررة فاستفاد مينو ومورفي من فكرة هوبيل وجربا هذا الاستعضاء في فاقات الدم الخطرة فكانت منها فوائد باهرة تفوق الفوائد التي جناها هوبيل في فاقات دم الكلاب المضيفة دماؤهم بالفصادة غير ان طريقة فعل الكبد بقيت لغزاً من الالغاز ولم تمكننا هذه المعالجة من تحليل اسباب فاقة الدم .

ويظهر ان شيئاً كان ينقصنا فيما كنا نعرفه عن لاكيلوسية (achylie) المعدة في احداث فاقة الدم الحثيث وفيما عرفناه عن دور الاستعضاء الكبدي في معالجتها فجاءت اختبارات كاستل من جامعة هارفرد في بوسطن تبين لنا

هذا النقص في الكيلوسية اذا لم يكن سبب فقر الدم الحثيث فهو على الاقل حادث مرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحلقة المرضية لهذه الآفة .

ويبنى هذا الاعتقاد على عدد عديد من الحوادث درست درساً دقيقاً .
لانه منذ الزمن الذي لاحظ فيه قنويك سنة ١٨٧٧ ظهور المعدة في فاقات الدم الخطرة واعلن فيه كوهن وفون مهربنغ نقص الكلورية في هذه الآفة نالت الفكرة المعدية مركزاً مهماً في فاقة بيرمير الدموية حتى ان هوتر وهيرست في انسكلترة وغيرهما في المانية والدانرك والولايات المتحدة توصلوا الى عدها ليس من علامات المرض الاساسية والثابتة فحسب بل كتشوش بدئي واساسي في نشأة المرض .

١ - اجمعت جميع الاحصاءات الحديثة على تبيان ان اللاكيلوسية المعدية التامة والمستمرة هي امر ثابت في فاقة الدم . ولا يفهم من هذا ان جميع حوادث اللاكيلوسية المعدية يجب ان ترافقها فاقة الدم الحثيث فان منها ما هو خلو منها . ولكن الاحصاءات الحديثة قد وضعت بعد اختبار المراقبة بالهستامين وهذا الاختبار يحدث الافراز الكلوري الهضموني في مرضى لا يحدث فيهم هذا الافراز عفواً فهو والحالة هذه لا يجوز لنا عداً لا كيلوسية المعدة كما في السابق تشوشاً لا يعبأ به . فاختبار الهستامين لا يزيل لا كلورية وهضمينية (anachlorhydropepsie) المعدة في فاقات الدم الحثيث . ومعد هؤلاء المرضى خلافاً للمعد الطبيعية تتشرب المواد الملونة المدخلة في في الدوران العام .

وعدا ذلك فان كثيراً من المؤلفين يعتقدون ان فاقة الدم بالسكريات

الحر ليست علامة مبكرة ولا اضطرابية في داء بيرمر بل ان بعض الحادثات في هذه الآفة تتصف من الوجهة الدموية بفرط اصطباج الكريات وبدون فاقة دم . وهذه الانواع المسدقة من التناذر (syndrome) كثيرة الحدوث في اللاكيلوسيين (achyliques)

٢ — وهناك شيء غريب من هذا وهو ان بعض المرضى المصابين بالكيلوسية المعدية الواضحة والمستمرة قد روقوا ردهاً طويلاً من حياتهم فلم يبد في دماهم اقل تبدل في الزمن الاول واذا بهم بعد بضع سنوات وربما بعد عشر منها مصابون بفقر دم خيث نموذجي وقد روى كونار زهاء ثلاثين حادثة من هذا النوع . فعلياً اذن ان تتساءل عما اذا كان الواجب لا يقضي علينا باحداث معالجة واقية من فقر الدم الحثيث .

٣ — المشاهدات عديدة عن فقر الدم الحثيث العيلى حيث يبدو في افراد الاسرة جميعهم المصابين بفقر الدم الحثيث نقص في الكلورية والهضمين لا بل كان يرى في جيران اولئك المرضى عدد من لا كيلوسية المعدة معادلاً ل ٢٦ ٪ وهو معدل يفوق جداً المعدل الذي يرى في الاشخاص العاديين البالغ ١٥,٢ ٪

٤ — ولا كيلوسية المعدة هي في الغالب ثابتة لا تشفى حتى ان الاستمضاء الكبدي ولو حسن الحالة الدموية لا يبدلها مطلقاً .

٥ — فقر الدم في سرطان المعدة الذي لم تطرأ فيه نزوف ولا انتقالات الى نقي العظام يعلل بهذه الطريقة كما يعلل فقر الدم المرافق لمرجلات المعدة ولسلها

٦ - شاهدوا فقر الدم الحثيث في مرضى احدثت فيهم لا كيلوسية المعدة اثر قطع المعدة التام والملاحظات المثبتة لهذا الامر ليست عديدة لان عملية قطع المعدة التام ليست بالعملية الكثيرة الاجراء ويظهر فقر الدم عادة بعد العملية بثماني سنوات

فاذا ما اقررنا بالدور الامراضي (pathogénique) الذي تلعبه لا كيلوسية المعدة في فقر الدم الحثيث تمكنا من تحليل الامر بفرضيتين مختلفتين : الفرضية السمية الانتانية وفرضية العوز (carence) متى زالت خفاثر المعدة الطبيعية تمكنت الجراثيم من الاستيلاء على هذا العضو الذي تقتله عصارتها في حالة السلامة. فتنشر حيثئذ في المعدة والامعاء الديدانات الجرثومية وتمتصها الامعاء فتمر اى الدم وت تلف كرياتة .

والفرضية الثانية ممكنة ايضا وهي ان لا كيلوسية المعدة تمنع انضاج عنصر مغذ ضروري لتجديد عناصر الدم الحمر فاذا ما فقد هذا العنصر حدث فقر الدم الحثيث .

ويوجد هذا العنصر في الكبد النيئة للحيوانات اللبونة فاذا ما اؤكلت هذه الكبد نيئة اعاضت ما فقدته الجسم .

هذه هي النظرية التي تبنى عليها فرضية كاستل واختباراته التي اجراها وحده او بالاشتراك مع مؤازريه .

فقد اطعم كاستل اولاً شخصاً ثلاثمائة غرام من لحم عضلات الثور . وبعد ان مر ٤٥ - ٦٠ دقيقة دغدغ بلمومه فالتى ما في معدته و اضاف اليه من الحامض الكلور هيدريك مقداراً اعاد pH ٢,٥٠ - ٣,٥٠ ووضع

المزيج في اللحم من ست ساعات الى ٣٠ ساعة ثم رشح السائل من خلال نسيج دقيق واعاده قلوياً ($pH=0$) باضافة الصوده اليه واعاده بالمسبار الى معدة مريض مصاب بفقر الدم الحثيث النموذجي وكان المريض صائماً منذ ست ساعات وبقي صائماً بعد ادخال هذا السائل ساعة اخرى . ولم يكن في غذاء المرضى المعالجين كبد ولا كلي . ولما كانت المعالجة الشعاعية قد دلت ان ثلث الطعام في شخص سليم بعد درس الامر فيه يخلط لحم البقر النيء بكبريتات البريت ومعايته يكون قد مر من البواب بعد ساعة من الطعام فالكيلوس (chyme) الذي استخرج اذن واعطيه المريض المصاب بفقر الدم الحثيث يمثل زهاء ٢٠٠ غم اللحم

وقد انتخب للاختبار عشرة اشخاص وكرر هذا الامر في كل منهم مرة في اليوم واثور عليه من اسبوعين الى ستة اسابيع فتفاعل معظمهم كما لو كانوا قد عولجوا بالاستعضاء الكبدي : نوبة شبكية خلوية (réticulocytaire) في اليوم العاشر كانت تظهر اكثر وضوحاً كلما كانت فاقة الدم المبدئية اشد ، وازدياد تدريجي ومتظم في عدد الكريات الحمر ، ومنحنيات المرضى الذين كان يعالجهم كاستل بالطريقتين كانت تتشابه كل التشابه بعد مقابلة بعضها ببعض الآخر .

فهذه الاختبارات تبين ان مادة فعالة تؤثر في دم فقراء الدم المصابين بمرض ييرمر التأثير نفسه الذي تحدثه الكبد النيشة . ولا تظهر هذه المادة في عصارة المعدة في لحم البقر بل تنتج فقط من ملاسة احدهما للآخرى ملاسة طويلة ومن انهضام لحم العجل العضلي انهضاماً يتصف به الافراز المعدي.

يبين لنا هذا ان المعدة ليست عضواً معداً للهضم فقط كما كان يظن وان شعاعاً من النور قد وجه الى امراض فقر الدم الحثيث الذي يجب ان نعهده وفقاً لمبدأ كاستل مرضاً ذا نموذج خاص ناجم من العوز (carence)

وقد طبق بعضهم طريقة كاستل التي يصعب تطبيقها بالممارسة بأسلوب آخر فيينا كانت طريقة كاستل تستدعي ان يستعمل المريض زهاء ٣٠٠ غم من عصارة معدة الانسان الامر الذي لا يستطيع تطبيقه جاء كوزر فبدل هذه الطريقة باعطاء المرضى معدة الخنزير النيئة بعد غمسها بالماء الغالي لا إزالة الجراثيم السطحية العالقة بها وتحسين طعمها باضافة بعض المواد الشهية اليها . ثم عاد سواه فاستعمل المعدة المجففة . وقد حضرت معامل بارك دفيس محضراً مكتشفاً يعادل كل ٣٠ غم منه ٢١٨ غم من المعدة النيئة دون ان يكون له طعم او رائحة ومعلقاً في الماء ويفعل هذا المحضر حتى متى لم يكن حامض كلور هيدريك حر .

ثم كثرت المستحضرات المشابهة له في جميع البلدان وكانت تتيجهها تحسن الحالة الدموية في فقراء الدم .



جروح المفاصل

للدكتور لوسر كل استاذ السريريات الجراحية في المعهد الطبي

ترجمها السيد عبد الحليم العلمي

طالب طب

إذا تكلمنا عن الجروح المفصليّة فلا نغني منها الا الجروح النافذة ، تلك الجروح الراحبة ، بسبب ما تجلبه من الاتان ، الذي يؤدي الى التهاب المفصل وتقيحه وتخريبه ، وهي لعمرى جروح مخيفة واي مخيفة ولا سيما اذا وقعت في مفاصل كبيرة ، كالركبة والخرقي الفخذي والرفق ، لأنها جيوب امتصاص واسعة ، ومقر حركات هامة ، ولا ما يضمن اجراء هذه الحركات ، الا سلامة المفصل سلامة تامة .

لنسرّد الآن كيف يتم الامر : لتخيل ركبة ما نفذت فيها ابرة او دبوس فحدث جرح في منتهى الصغر — واغلب ما يقع ذلك في الذين تضطّروهم مهنتهم الى الزحف بركبهم على الارض او في الاطفال — فاذا كانت الآلة الواخزة قليلة التلوّث ، فالامر بسيط جداً ، لان الكيس الاحي وسائطه المدافعة ، فيحدث تفاعل خفيف بدون تظاهرات خارجية ، اي لا يحدث انصباب ولا ألم ، ثم لا يلبث الترميم ان يتم .

لنفرض الان عكس ما سبق : اي انه قد نفذ في المفصل مسبار او قضيب معدني شديد التلوّث — بملاسته لارض المعمل — فالجرح الذي يحدث

قد يظهر بسيطاً لأن ثقب الدخول صغير جداً .

ولكن الحقيقة تكون خلاف ذلك اذ يصبح مسير المسمار شديد الحس ، وحركات المفصل محدودة جداً وحرارة المريض العامة تأخذ في الازدياد ، ثم لا يلبث ان يتشعع في المفصل ألم حاد فوري ، في مدة ٤٨ ساعة ، ويزداد لدى اجراء اقل حركة او ضغط ، وتنتج الحفر حول المفصل وتحمي ، ثم يحصل انصباب ، وارتفاع حرارة ، وهذا هو التهاب المفصل الحاد بكل اعراضه ، لان العوامل المرضية النافذة مع المسمار في المفصل تغلبت على قوة الدفاع التي يتصف بها المائع المحفظي اذ لا نلبث ان نرى في مدة ٤٨ ساعة ان من نتيجة هذا الانتصار ، انتصار الجراثيم على العضوية ، ظهور ذات المفصل المتفحمة ، تلك الآفة الشديدة الخطر على وظيفة المفصل ، بل على الشخص ايضاً .

فالوذمة (œdème) والاحمرار والحرارة ، هي شاهد عدل على شدة سير النتن ، كما ان الألم الفوري يكون شديد الحدة ، ويزداد عند اقل حركة . فالركبة الموترة بالانصباب تأخذ وضعة انعطاف معينة لانها الوضعة التي تستوعب بها اعظم مقدار من الانصباب ولكل مفصل وضعته الخاصة به وبناءً على ذلك اذا لم يتداخل في الامر ، فلا يلبث القيح ان يشق المحفظة وينتشر في الاقسام الرخوة المجاورة ، مما يؤدي الى حصول فلفمونات منتشرة تنتهي بافتتاحها على سطح الجلد ، وعندئذ تتخرب الربط ويتفكك المفصل والكيس الآسي الذي كان مقاوماً قبل ، أصبح رديء الدفاع ، كما ان التفاعلات العامة اصبحت خطيرة ، لارتفاع الحرارة الى ٣٩ - ٤٠ وازدياد

النضبان حتى ١٠٠ - ١١٠ فيموت الجريح من تعفن دمه .
هذه هي التطورات التي تطرأ على ذات المفصل المتقيحة المهمة او التي تأخرت معالجتها .

ولنفرض الآن ان حدث جرح مفصلي باللة قاطعة ، كضربة موسى ، او سحبة منشار آلي ، فاول ما يلاحظ هو الألم ، ثم انتقال وظيفة المفصل ، وتحديد حركاته ، ويقبه انصباب رضي سريع الظهور ، لا يلبث ان ينقلب الى قيح يأخذ في السيلان من حافات الجرح المتورمة ، وذلك اذا تقاعس المريض عن معالجة آفته .

واما اذا كان الجرح الذي حصل اكبر اتساعاً من ذلك ، فالتحفيض (drainage) واجب لان القيح يعمل عمله الخادع المضلل ، في طي الحفاء ، فتحصل التخريبات دون ما ألم . ولعلم ان جميع ذوات المفصل التي لا تعالج اذا لم تود بالمريض بتعفن الدم فلا بد ان تضطره الى بتر عضوه .
كما انه يمكن ان تحصل الجروح العارضية من مرم ناري ، او من سيارة ، او من قذيفة صادرة عن مبرجل منفقع ، او من سقوط من طائرة . فاحد هذه الطوارئ العديدة التي تحصل عادة في الطرق العامة تكون سبباً في تعفن الجرح اكثر من كثير من رضوض الحرب .

فالقذيفة او الرصاصة او قطعة القولاذ ، التي تصل للمفصل بقوة قد تبقى فيه او تنفذ منه ، محدثة فيه تخريبات قليلة او كثيرة الامتداد ، واما الرصاصة ذات الحجم الصغير والسرعة الوسطى ، فتنفذ من المفصل كالخزام ، وتغلق الاغشية خلفها دون حصول اتان ما ، وينتهي الامر بسلامة السير ، واما اذا

بقي المرمي في المفصل جاراً معه اقدار الارض وقطع الثياب ، فقل بحصول ذات المفصل المتقيحة قولاً أكيداً ، ويمتد الاثنان الى مركز الكسر المشترك اذا نثر المرمي او الدهس قطع العظم .

وبناء على ذلك يجب اعتبار الجرح المفصلي كجرح عفن ، (الاماقل) ولا يلزم لدى التوسط ان تنتظر استقرار ذات المفصل القيحية ، التي نعلم ما لها من الاخطار الجمة . وان مداواة الجروح المفصلية تدخل في قائمة مداواة الجروح ، اذ يجب قبل كل شيء ان نضع الوقاية من الاثنان نصب اعيننا . فما يترتب علينا اجراؤه؟ علينا قبل كل شيء ان نبدي تحفظاً في الانذار — والفت الانظار الى هذا الامر — لاننا لسنا على ثقة من اتقاء التمعن المفصلي وعلينا ثانياً ان نتقي الكزاز بحقن الجريخ ، بالمصل المضاد له وتختلف بعد ذلك الاعتادات التي يلزم اجراؤها حسب الوقت الذي مر على اصابة الجريخ . فترى ما اذا كان الجرح حديثاً ، وهل هو وخزة ، او مسير حدث من خردق بارود الصيد ، او جرح نافذ من رصاصة صغيرة القذ ، لم تحدث تخريبات ذات شان فالقاعدة في كل ذلك ألا يستقصى في الجرح بالمروء (style) بل يطهر بدقة مع الناحية المحيطة به بصبغة الايود ، وينطى برفادات عقيمة وبضاد قطني مع التيقظ للحرارة ، لانه قد يحدث في الجرح انصباب دموي جالب للنظر ، كما انه قد يحدث انصباب مصلي قليل الكمية ، ويبزل اذا غزر ثم تحقق هويته الجرثومية .

وذات المفصل لا تتكاد تظهر الا بعد ٤٨ ساعة ، وعلى ذلك نلجأ الى الانتظار في بعض الحالات ، مع التهيؤ الى خزع المفصل متى ظهر اقل تفاعل

مصابي او ارتفعت الحرارة . واذا سار كل شيء حسناً بعد بضعة ايام ، نسمح
أشد بالتحرّيك . ولكن بما ان التكهّن عن سير الجرح سيّراً حسناً متعذّر
يستحسن متى امكن استخراج المسير الذي احدثه العامل الراض دفْعاً لكل
شك . واذا كان الجرح اكبر وحافاته واضحة او مرضوضة كان علينا ألاّ نلجأ
الى التردد لان التردد يلاقي في هذه الحالة ارضاً صالحة بل ان توسط توسطاً
جراحياً وان نظهر الجرح تطهيراً آلياً .

وقد ابدى (ديلور) في بدء الحرب العامة ان المحفظة المغلقة احسن دفاعاً
من المحفظة المفتوحة : وقد وضع جراحو الحرب بعدئذ القواعد التي يجب
اتباعها في معالجة الجروح المفصليّة ثم انتقلت منهم الى الاطباء الملكيين .
وقد دقّ الخبر من قبله في قوة المائع المحفّظي المؤخّرة لنمو الجراثيم ،
وهذا ما يجيز لنا ان نطيل الزمن الذي يحق به التوسط الجراحي في جروح
المفاصل عما هو عليه في جروح الاقسام الرخوة الاخرى . فيجوز تنضير
الجرح بنجاح تام بعد ١٨ — ٢٤ ساعة او اكثر من ذلك احياناً واما اذا طال
الوقت اكثر من ذلك فالنتيجة غالباً خائبة في مفصل الركبة .

وللعمل في مفصل الركبة يجري شق مواز لاحدي حافات الداغصة ،
الكائنة في مركز الجرح وهذا كافٍ للاستقصاء ، ثم تستأصل تماماً
حافات الجرح الجلدية حتى النسيج السالم ، واذا اقتضى الحال فجميع النسيج
الممزقة والملوثة ، وعند ما نحس اننا اقتربنا من المحفظة يجب ان نسير بحكمة
وتأن ، لئلا نفتحها بدون جدوى ، واذا لم نلتفت اليها وثقبنها خطأ ، يجب
فتحها فتحاً متسماً ، (بعد تغيير الادوات الجراحية المستعملة) وتقطع

الحافات الملوثة وتكبر الفتحة حسب الحاجة ، ولا سيما اذا نفذ جسم اجنبي ما واردنا اخراجه ، ثم نختبر جميع وسائط الاتصال ، ونزيل علقات الدم ونظف الجرح والح ويمكن ان نرى الساحة بوضوح بوضع المبعديات جيداً وبالشق شقاً جانبياً في الحالات المتوسطة . وتختلف الاعتنات التي تتبع حسب الآفات : فاذا كانت المحفظة مثقوبة بدون آفة عظمية ، تغلق غالباً بدون تخفيض بعد ان تطهر وتنشف ، ثم يخاط الجلد من الأعلى ويوضع بين الاثنين احفوض (drain) صغير من الشعر ، يزال بعد ٤٨ ساعة (ويؤجر في بعض الاحوال) .

لنفرض الآن ان وجد مرم او جسم معدني في المفصل ، فيعين مقره بالرسم الشعاعي الجانبي والامامي الخلفي الذي يظهر الآفات العظمية في الوقت نفسه ، ثم يخرج المرمي من اقصر الطرق ، وتعالج الآفات «عند الحاجة» .
واما اذا لم تكن ثمة آفة عظمية ، فتجرى التطهيرات اللازمة للمحفظة وتغلق كما مر آنفاً ، وفي الآفات العظمية المحدودة يعرض منعرج المرمي ، وتزال الشظايا المقتلعة او الملتصقة التصاقاً خفيفاً ، مع الحذر من السحق الذي اذا ترك ولد جسماً اجنبياً في المفصل .

واذا انفصلت لقمة ، تعاد كما كانت وتسمر بعد رقع الدم ، لأن الانصباب الدموي في المفصل قد يؤدي الى خيبة العمل ، ويجرى التطهير الآلي بالفسل بالاثير ، الذي يسكب في المفصل سكباً ، فينفذ في جميع التوجج باجراء حركات عطف وبسط ، ثم يغلق الجرح بسطحين سطح الكيس الإحوي وسطح الجلد ، ويثبت الطرف في ميزابة ، ثم يبدأ بالتحريك في اليوم السادس

ويقلع عن الميزة في اليوم الثامن ؛ وفي الحالات البسيطة ، يستطيع المريض ان يمشي في اليوم ١٥ . وفائدة التحريك انه يشكل السطوح المفصليّة المصلحة كما انه يعيد الوظيفة بتمامها .

واذا كان التلف عظيماً في المفصل ، يخزَع (arthrotomie) خزعاً واسعاً في الامام بشكل U ، لأنّ عملية فتح جوف الركبة هذه (laparato-mie du genou) تصبح ضرورية ثم تزال الشظايا او ينشر المفصل (Résection articulaire) .

ولا يغربن عن البال ، انه يجب الاهتمام بالمحافظة على وظيفة العضو ، فاذا كانت الشظايا العظمية كثيرة الامتداد ، وكان يخشى من استئصالها على توازن الطرف السفلي المقبل ، يستحسن اجراء النشر ثم لصق المفصل في وضعة حسنة ، واما في الطرف العلوي ، فالامر بالعكس اي تنزع الشظايا أيّاً كان اتساعها دون خشية ولا وجل .

واذا كانت الحياطة متعذرة في بعض الاوقات يستعاض عنها بذلك الجرح بالشاش ، ويترك ريثما يترمم من نفسه لأنّ الدك (tamponnement) يحرّض التكون العظمي (ostéogénèse) . واما اذا كانت الشقوق عديدة ، وناجمة من سحق ما ، فيرجح بتر الطرف ولا سيما اذا رافقت الضياع المادي آفات عصبية ووعائية كبيرة .

ولكن الوخز الاولي الذي لا يعبأ به يوقع المريض بذات المفصل المتقيحة الاكيدة ، واذا ذاك لا يفيد التنضير ، بل يجب رأساً خزَع المفصل خزعاً واسعاً .

ولنأخذ الركبة مثالا على ذلك ، تجرى الشقوق العملية فيها جانبية وقائمة بين الداغصة (rotule) واللقمة ، وتصعد حتى عمق رتج المربعة الرؤوس ، ثم يفسل بالاثير ، او بدكان ، وترفع الساق ليسهل عمل التحفيض ، والطريقة الفضلى هي منع القيسح عن الركود وذلك بالتحريك فلا حاجة اذن الى اجهزة جبسية وجبائر وميازيب ، بل التحريك الفاعل حسب طريقة ويلس . تعطف الركبة عدة مرات ويرفع العقب في كل حركة ، فنفرغ التروج ويتدفق القيسح من الشقوق الجانبية . وهذه الطريقة مؤلمة جداً ، ولكن نتائجها باهرة غالبا ، اذ على اثرها تهبط الحمى (واذا صعدت يستدل على احتباس صديدي فيجب الاكثار من الحركات او توسيع الشقوق) ولايلت القيسح ان ينضب معينه في مدة اسبوع ، فيمكن آتئذ اغلاق احد الشقين لتعجيل الندب .

ومتى كان المفصل مفتوحا وملوثا لطاريء ما ، واهملت معالجته منذ عدة ايام يجب فتحه ايضا فتحا واسعا وطريقة ويلس والارواء المتواصل بدكان يجوز تجربيهما .

واذا لم يتناقص القيسح على الرغم من خزع المفصل ولم تحسن حالة المريض العامة ، فيجب نشر المفصل ، ولا سيما في المفاصل المشدودة كالمرق واما في المفاصل الصغيرة كالبراجم (مفاصل الاصابع) ، فالتر هو القاعدة ، والا فتكون النهاية قسطا (ankylose) مزعجا . واذا كانت ذات المفصل مشتركة مع آفات عظمية هامة متعفنة ، فالنشر هو اول ما يجب عمله دون تأخير ، لان الحالة ليست حالة ذات المفصل والعظم (ostéo-arthritis) ولذا

تستحسن ازالة المفصل برمته ، كما يزال احد الاورام فتسلخ الاقسام الرخوة الملوثة العالقة بالعظم ، وينشر العظم حسب القواعد المعلومة . واذا لزم الامر تجعل السطوح المقطوعة بعيدة عن بعضها ، لتسهيل التحفيض وانقاص الامتناس ما زالت علامات الالتان لم تهجع .

واذا هدد تعفن الدم ، او اذا اخطرت الحالة العامة ، فالمداواة الوحيدة هي البتر ، ولا يجب الانتظار ، ولا سيما في الركبة ، لئلا نرى ما يزعجنا وهو موت المريض رغما عن التضحية بعضوه .

الجروح الطاهرة تشفى عموماً بتمامها ، ويعود الجريح ويستخدم عضوه ، (اذا لم يكن هناك كسر) والنتيجة الوظيفية تصبح تابعة لامتداد التخریب العظمي ، ولكن في الحالات البسيطة تحقق خياطة المحفظة التفاعل الادنى في المفصل ، فلا يحدث التصاق وتكون المعاوضة الوظيفية سهلة العودة .

ان الاعتاآت بعد العملية مهمة جداً ، فقديماً كانوا يثبتون ، واما اليوم فالتحريك الباكر هو القاعدة المتبعة ، اذ كلما كان البدء به سريعاً كان العمل سهلاً ومريحاً - ويجب ان يكون فاعلاً يجريه الجريح نفسه - وهو رغماً عن الكسور التي قد تكون ، احسن بكثير من الثبت ، في مدة ما ، عند من يرغب من المرضى في الشفاء السريع والثام جرحه وسلامة عضوه دون ان يحتاجوا الى ما يعيضوا به عن الضمور العضلي ، لان التمسيد - ولو كان حسن الاجراء - غير مفيد بل مضر غالباً عند عودة الحركات . ولا يقال ان المريض قد شفى اذا لم يستعمل عضوه ، والجروح المفصليّة يتبعها غالباً تيبس متفاوت الشدة ، او قسط (Ankilose) او استرخاء المفصل .

فالتيسس ينجم من التطورات الالتهابية في المحفظة والربط والنسيج المجاورة. لان الربط المرتشحة بالوذمة تفقد مرونتها، والتثيت يفقدها ملوستها، والاورتار تنكمش؛ واجنحة الغمد تلتصق، والعضلات تضمر. فاجتنابا لكل ما ذكر، يجب التحريك السريع البعيد المدى، بان تجري كل يوم الحركة التي يطلق عليها، ولا يزداد عن ذلك لئلا يعود الالتهاب الى الظهور ثانية.

وللمعالجة جميع هذه العقائل، اذا لم تجتنب او لم تنق، يجب ان يدأب على كل ما يؤثر في الوذمة وفي العضلات، كالحمامات والهواء الحار والاستشماس (héliothérapie) والتحريك الفاعل المستمر.

واما استرخاء المفصل فنادر جداً، وقد تنشأ اختلالات من غذائية ترخي الربط، وتضمر العضلات.

ويشفي خزع المفصل في اغلب الاحيان بالقسط، مع تظاهرات النهاية وتكمشات ندية، اكثر افضاء الى التيسس المفصلي منها الى الاسترخاء، ومع ذلك فقد بين ويلس ان طريقته تؤدي الى نتائج حسنة لم يكن يحلم بها من تقدمه وهو ان يطلب من المريض عطف ركبته عطفاً فاعلاً، منذ الهنيهة التي يفيق فيها من خدره، لانتا بذلك تمنع تيسس مفصله وضمور المربعة الرؤوس.

وان استئصال الشظايا او النشر الجزئي، هما الصورة التي تصلح فيها السطوح المفصيلة المتبدلة.

وعكس ذلك فالتثيت يصبح امراً لازماً، بعد النشر لسكي يتشكل مفصل

ملتصق قاس ويجب ان يكون الثبيت طويلاً ما امكن ليمتن المفصل .
والخلاصة ان اتقاء التهاب المفصل خير من معالجته فشكل جرح مفصلي حديث يستدعي في الساعات الاولى من حدوثه المعالجة الدقيقة وتطهير المفصل . والساعات الثماني او العشر الاولى هي افضل الساعات التي يرجى بها النجاح اذا ما اجري التوسط فيها وليس بعدها .
وبعد استئصال الاقسام الملوثة بدقة ، واجراء الطرق الجراحية المختلفة وتنظيم السطوح المفصليّة المكسورة او المشقوقة ، تغلق الحفظة والجلد .
واما اذا ضاعت الفرصة سدى ، او كان الجرح كثير التلوث ، او الحراب العظمي عظيماً او كان الضياع الجلدي كبيراً حتى اننا لم نتمكن من الخياطة ، فيكون النشر العملية المقررة ، لأنّه وحده تجرى الخياطة واندمال الجرح بالمقصد الاول . ويكون المفصل الذي يحصل عليه حينئذ متيناً وربما كان متحركاً ايضاً في الطرف العلوي ، اما الركبة فتكون متينة وقائمة .
وربما كان البتر منذ البدء بواسطة الوحيدة التي يجب التذرع بها لتخليص الجريح من الموت . واذا كان الاثنان آخذاً في السير فخزع المفصل واجب .
ولسكن من نشر المفصل وتثبيته الطويل ومن البتر استطبابات خاصة تابعة لدرجة اخطار الحالة .



صناعة الورق

٣

الدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

الفيسكوز يستعمل لصقل عجين الورق ولشغله كما سيأتي معنا ، ولغمس النسيج وطبع النقوش عليها ولصنع الاغشية وحاجات اخرى . ويصنع منه حرير اصطناعي ايضاً بامراره من لوح مثقّب ويختر بغمسه في محلول كبريتاة النشادر . والحيوط الكامدة تجعل لامة بمعالجتها بكبريت الصوديوم اما محلول الصود في حرارة قدرها ٢٠٠ — ٣٠٠ درجة فانه يحلل السلولوز تماماً فينطلق الهدرجين ويتكون حمض الحل (٢٠ — ٣٠ ٪) وحمض الحمض (٣٠ — ٥٠ ٪) .

اما محاليل روح النشادر المائية والكثيفة فانها لا تؤثر في السلولوز تأثيراً يذكر ولو في حرارة عليا .

ج — فعل الحموض

تؤثر الحموض في السلولوز . تأثيراً يختلف باختلاف انواعها وحالاتها . فاذا غمس القطن في حمض الكبريت (كثافته ٤٥ بومه) شوهد بعد اثنتي عشرة ساعة انه لم يطرأ عليه ادنى تحول في مظهره لكنه اصبح هشاً سريع التفتت . فاذا جفف في الهواء الطلق انتج السلولوز المائي وهو بصيغة ($C_{12}H_{20}O_{10}.H_2O$) ويتأكسد بسرعة بعلامسة الهواء ويتلون ويصبح ذواباً في الماء .

إذا عولج نسيج من القطن في حرارة ٦٠-٧٠ بمحلول حمض الكبريت نسبته ١ ٪. أصبح هشاً سريع التفتت أيضاً .

كذلك حمض الكلور يدريك وحمض الحماض والماء الأكسجيني وحمض الحل المتبلور كل هذه الاجسام تفعل في السلولوز فعل حمض الكبريت . اما المقدار الناتج من السلولوز المائي فضيل (٧٠ - ٧٥ ٪) وذلك لتحلل جزء لا يستهان به من السلولوز بفعل الحمض المؤثر .

وقد تتكون مركبات حامضة بفعل احدى الحماض اذا وجدت في بيئة تحتوي على السلولوز فتفعل هذه المركبات الحامضة في السلولوز فعل المحوض تماماً اي تحلله وهذا ما يجب الانتباه اليه في صناعة الورق وتطهيره جيداً من المواد الحامضة او التي يمكن ان تنتجها والا ساءت العقبى .

اذا غمس الورق غير المصقول في محلول بارد وكثيف من حمض الكبريت (ثقله النوعي ١,٥ - ١,٦) ثم غسل بالماء ترسبت مادة هي ماءة السلولوز الهلامي (hydrate de cellulose gélatineux) ومنه يصنع الورق الرقي النباتي الشفاف المتين (Parchemin végétal) .

هذا النوع من السلولوز كان يسمى أميلويد amyloide وهو بتركيب السلولوز المائي الاعتيادي تماماً .

اما حمض الازوت (كثافته ١,٤) وكلور التوتياء وحمض القصفور محلولاً كثيفاً ، فتفعل فعل حمض الكبريت ذاته . واليود يصبغ السلولوز المائي بالزرقه كالنشا .

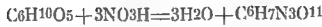
واذا اطيلت مدة تأثير الحمض في السلولوز فانه تتكون آثار السلولوز

(éthers) . فاذا عولج القطن العادي بمحض الكبريت الكشيف ذاب السلولوز فيه وتكون باديء بدء البرودة اثر كبريتي هو كبريتات السلولوز $C_6H_8O_3(SO_4H_2)_2$ الذي يمكن فصله بحالة ملح باريتي $C_6H_8O_3(SO_4)_2Ba$

هذا الملح الباريتي ذواب في الماء وهو يشبه النشا الذواب ويتلون بالزرقة اذا عولج باليود . ويستحسن اجراء العملية بالبرودة باضافة حمض الكبريت قليلاً قليلاً ثم يمدد الحلول بالماء ويغلى فيستحصل الدكسترين اولاً ثم مزيج من انواع الفلوكوز القابل للاختمار (سكر الحرق لبرا كوته Braconnet) واذا كان المؤثر حمض الخل تحت انواع من خلاة السلولوز . وبعلامسة اليود يذوب السلولوز فيه تماماً في حرارة ١٢٠ - ١٣٠ . وباذابة هذا السلولوز المولّد تستحصل مواد لها شأنها الخطير في دور الصناعة سيما في صنع الخيوط والمواد العازلة للكهرباء .

اما حمض الازوت فيؤثر في السلولوز ويكون انواعاً من ازوتة السلولوز بحسب درجة الترتجة niration . فما كان منها كثير الترتجة استعمل في صنع بارود القطن والمفرقعات ؛ وما كان منها قليل الترتجة وبالتالي اكثر ذوباناً في مذيبيات السلولوز ، استعمل في صنع الباغة (سلولويد) والباغموئيد pégamoïd والكونلوديون . والحرير الاصطناعي باذابته في مزيج الكحول والاثير ، او في صنع الديناميت باذابته في النتروغليسرين وفي صنع البارود اللادخاني الى غير ذلك من الحاجات .

اما التفاعل العام فيجري وفقاً للمعادلة الآتية :



وعلي رأي فياي Vieille أكثر العلماء درسا لمركبات النتروسلولوز
ان ما يمكن الحصول عليه من النتروسلولوز هو ما يلي :

$C_{24}H_{18}(NO_3H)_{11}O_9$	١ — سلولوز ذو احدى عشرة ذرة من حمض الازوت
$C_{24}H_{20}(NO_3H)_{10}O_{10}$	٢ — » ذو عشر ذرات
$C_{24}H_{22}(NO_3H)_9O_{11}$	٣ — » ذو تسع »
$C_{24}H_{24}(NO_3H)_8O_{12}$	٤ — » ذو ثمانى »
$C_{24}H_{26}(NO_3H)_7O_{13}$	٥ — » ذو سبع »
$C_{24}H_{28}(NO_3H)_6O_{14}$	٦ — » ذو ست »
$C_{24}H_{30}(NO_3H)_5O_{15}$	٧ — » ذو خمس »
$C_{24}H_{32}(NO_3H)_4O_{16}$	٨ — » ذو اربع »

فاما السلولوز الاول (ذو احدى عشرة ذرة من حمض الازوت)
فيحتوي على ١٣,٤٧ ٪ من الازوت ولا يذوب في مزيج الكحول والاثير
واما السلولوز الثاني (ذو عشر ذرات من حمض الازوت) فيحتوي
١٢,٧٥ ٪ من الازوت ويذوب في خلات الاثيل ولا يذوب في مزيج
الكحول والاثير . هاتان الخاصتان من اوصاف بارود الحرب .
واما السلولوز الثالث (ذو تسع ذرات) الذي يحتوي من الازوت
١١,٩٦ ٪ والسلولوز الرابع (ذو ثمانى ذرات) الذي يحتوي ١١,١١ ٪ من
الازوت فيستحصل منهما الكولوديون لانهما يذوبان في مزيج الكحول والاثير
والسلولوز الخامس (ذو سبع ذرات) الذي يحتوي ١٠,١٨ ٪ من الازوت
فلا يكون مع مزيج الكحول والاثير سوى كتلة هلامية .

والسلولوز السادس (ذو ست ذرات) الذي يحتوي ٩٠١٥؛ والسلولوز السابع (ذو خمس ذرات) الذي يحتوي ٨٠٠٢؛ والسلولوز الثامن (ذو اربع ذرات) الذي يحتوي ٦٠٧٦ هذه الانواع الثلاثة تكاد لا تنفعل من المؤثرات . ويقول أدير Eder إنه من الممكن تترجة السلولوز اكثر من هذا الحد والحصول على ما يحوي ١٤٠١٤ . من الازوت .

والجدول الآتي يلخص لك ما تقدم عن النتروسلولوز :

مقدار الازوت باللئة	المقدار الناتج	الوزن الذري	الصيغة	
٠	—	٦٤٨	$C_{24}H_{40}O_{20}$	سلولوز
٢,٠٢	١٠٦	٦٩٣	$C_{24}H_{39}O_{19}(N.NO_2)$	نتروسلولوز
٣,٧٩	١١٣	٧٣٨	$C_{24}H_{38}O_{18}(N.NO_2)_2$	»
٥,٣٦	١٢٠	٧٨٣	$C_{24}H_{37}O_{17}(N.NO_2)_3$	»
٦,٧٥	١٢٧	٨٢٨	$C_{24}H_{36}O_{16}(N.NO_2)_4$	»
٨,٠١	١٣٤	٨٧٣	$C_{24}H_{35}O_{15}(N.NO_2)_5$	»
٩,١٥	١٤١	٩١٨	$C_{24}H_{34}O_{14}(N.NO_2)_6$	»
١٠,١٧	١٤٨	٩٦٣	$C_{24}H_{33}O_{13}(N.NO_2)_7$	»
١١,١١	١٥٥	١٠٠٨	$C_{24}H_{32}O_{12}(N.NO_2)_8$	»
١١,٩٦	١٦٢	١٠٥٣	$C_{24}H_{31}O_{11}(N.NO_2)_9$	»
١٢,٧٤	١٦٩	١٠٩٨	$C_{24}H_{30}O_{10}(N.NO_2)_{10}$	»
١٣,٤٨	١٧٦	١١١٤	$C_{24}H_{29}O_9(N.NO_2)_{11}$	»
١٤,٤٤	١٨٣	١١٨٨	$C_{24}H_{28}O_8(N.NO_2)_{12}$	»

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في ايار سنة ١٩٣١ م الموافق لذي الحجة سنة ١٣٤٩ هـ

بشرة ما تحت الفك الخبيثة

للدكتورين

هـ . سوتريو

غوستاف جينستاي

الموكولة إليه شعبة الامراض السارية

رئيس شعبة امراض الفم

في مستشفى هنري فاريزيه بدمشق

ترجها الدكتور عزة مريدن الطيب الداخلى في مستشفيات دمشق

بينما كنا نفحص المستشفين في شعبة الجراحة في ٩ كانون الثاني سنة ١٩٣٠
دعي احدنا لرؤية الجندي علي بن سليمان من فرقة القناصة السادسة عشرة
المرسل من السويداء بالطيارة وقد شخص مرضه « فلغمون قاع الفم »
فتبين في المريض تورماً كبيراً يمتد من الناحية تحت الفك اليمنى حتى
القص والحشاء « mastoïde » والعين وكانت حرارته ٣٨,٩ ونبضه ٧٧
وكانت تبدو عليه علامات تمفن عام شديدة ويقول انه بينما كان خفيراً في ليلة
٧ كانون الثاني استلقى على الارض طيلة ساعات راحته وحينما استيقظ باكرآ
في الصباح رأى عنقه منتفجاً .

عوين المريض معاناة دقيقة فتبين انه خالٍ من الضرز «trismus» وان قاع القم سليم ولين وغشاء فيه المخاطي واضح ولسانه ولوزتيه واسنانه سليمة . عوينت ناحية ما تحت فكها فبدا فيها تورم شديد منتشر لا ألم فيه كان يهب عنق المريض منظر عنق الخنزير (لقد استعرنا هذا المصطلح من احد اللياطرة) ولم يكن هذا التورم غير وذمة لأن الاصبع الجاسة لم تشعر بصلاية في العمق ولا بنقاط مؤلمة ابداً ولان حدود العظم كانت واضحة جداً ولم يكن سوى صلاية في منطقة صغيرة تحت الفك يبلغ حجمها قطعة القرنكين المعدنية وكان فيها بعض الارتشاح وفي مركزها سحجة بحجم العدسة مصغرة يشبه منظرها منظر الجرح المتعفن، محاطة ببعض حويصلات صغيرة . وتحت هذه المنطقة المتصلبة نسج متوذمة ولكنها رخوة .

وكان المريض واهناً بعض الوهن .

فجميع ما تقدم من الاعراض مع منظر التورم ومقره دعانا الى نبذ فلغمون قاع القم غير ان عراقيل (complications) الآفات السنية كالفلغمون العظمي والفلغمون الغدي تمثلت لنا هنية من الزمن على الرغم من سلامة الاسنان اتنا نقينا الفلغمون العظمي لان الدهليز حر ولان التورم يتجاوز كثيراً منطقة ما حول الفك وتقينا ايضاً الفلغمون الغدي والتهاب العقد البلغمية (lymphatiques) الحاد تحت الفك لأنها تكون متحددة عادة ولان جسها يكشف في العمق كتلة صلبة مؤلمة للغاية حتى ان الألم قد يأتي عفواً، يسترها جلد متوتر ولا مع ومختصر الكلام ان الآفات الالتهابية فيها تنشأ من العمق وتتجه الى الظهور واما هنا فقد رأينا العكس : وذمة

منتشرة غروية ، لوحة التهاب سطحية جلدية متجهة الى العمق وفي مركزها تسجيج صغير لا يكاد يكون مؤلماً وقد كنا نخطئ في التشخيص ونحكم بتورمات العنق وتقرحاته المختلفة لو لم تكن شاهدنا في السنة الفائتة حادثة تشبه هذه أتم الشبه مستقرة في ناحية القص غير انها اوضح من هذه سهلت علينا معرفتها انها بثرة خبيثة .

وبينا الممرضة تحضر قناع كلورور الاتيل والمبضع دخل الجراثيمي الدكتور عبدالقادر الصباغ وحقق الامر الذي كنا نشك فيه كما ان ورقة المستشفى التي وصلت متأخرة حملت الينا الملاحظة التي كتبها زميلنا في ازرع وهي ان المريض مصاب بالمرض ٤١ ومعنى ذلك الحجر الحبيثة فتقل المريض سريعاً الى شعبة الامراض السارية بعد ان شخص مرضه سريرياً وجرثومياً ثم بديء بتطبيق المعالجة النوعية فحقن له في الحال ٧٠ سم ٣ من المصل المضاد للجبرة (٣٠ سم ٣ في العضلات و ٤٠ سم تحت الجلد) و ١٠ سم ٣ من الزيت المكوفر و ٥٠٠ سم ٣ من المصل الخلقي (physiologique) وكويت البثرة بالمكواة النارية ثم ضمدت بمحلول الايود الايودوري .

وفي ١٠ كانون الثاني سنة ٩٣٠ كانت الحرارة لا تزال عالية فزيد مقدار المصل حتى ١٠٠ سم ٣ (٥٠ سم ٣ في العضلات و ٥٠ سم ٣ تحت الجلد) . وأعيد الكي وكويت البثرة ثانية بالمكواة النارية وحقن وريد المريض حسب وصايا غراف بـ ٠,١ سنتغم من التوفارسنوبانزول و ٥ سم ٣ من القضة الغروية وحقنت عضلاته بخمسة سم ٣ منها ايضاً .

وفي ١١ كانون الثاني كان منظر المريض في زيارة الصباح يئم عن تحسن

واضح فالوذمة خفت والعين اليمنى بدأت بالانفتاح وظهرت حدود العنق والحراة لا تكاد تتجاوز ٣٨ والنبض سريع غير ان نبضانه حسن والقلب غماغمه طبيعية غير انها ضعيفة .

حقن المريض بمائة سم ٣ من المصل المضاد للجعرة و ١٥٠ سنتغم من النوفارسنوبازول .

وفي ١٢ كانون الثاني نقصت الوذمة نقصاً ينياً وانفتحت العين بسهولة وعاد المريض الذي كان حتى ذلك التاريخ ساكناً يتكلم ويحجب عن جميع ما يسأل عنه وظن انه قد شفي فحقن بمائة سم ٣ من المصل النوعي و ١٥٠ سنتغم من النوفارسنوبازول وضممت بثرته بمحلول دكان ومحلول الايود الايودوري فأخذ التقرح لوناً مسوداً .

ثم توبع الاستمصال (sérothérapie) بمقدار ٥٠ سم ٣ و ٣٠ سم ٣ ونور على ١٥٠ من النوفارسنوبازول في الوريد كل يوم واعطي المريض داخلاً غراماً من الاوروتروين مع ٠٠١ سغ زرقة المائيلين

وفي ١٥ كانون الثاني حق لنا ان نعد المريض ناجياً من الخطر وكان قد حقن حتى ذلك التاريخ بـ ٤٥٠ سم ٣ من المصل المضاد للجعرة و ٧٥٠ سنتغم نوفارسنوبازول وكانت الوذمة قد زالت او كادت . خفت عوارض الانتان الاولى وظهرت عوضاً عنها عوارض المصل فكانت شدتها في الايام الاولى تفوق اعراض المرض فظهرت صفائح الشرى وبلغت اشدها حذاء اللحافات والمفاصل وآلام راحمة تظهر فجأة لا تقل حركة .

وفي ١٨ كانون الثاني كانت الصيغة الحلوية كما يلي :

كثيرات النوى ٧٠ ، وحيدات النواة ٣٠ ، المولعات بالايوزين (eosinophile) ومنذ ٢١ كانون الثاني ظهر ثلم عميق في محيط الحشكريشة (escarre) غير ان الاطراح سار ببطء زائد وتحسنت حالة المريض العامة وعد في ٢ شباط ان شفائه قد تم .

تتيح لنا هذه المشاهدة ان نبدي بعض الملاحظات عن البثرة الحبيثة ، فالجراحة في الوقت الحاضر آفة نادرة وفي هذه المشاهدة لم نتكّن بعد التقصي من معرفة طريقة التلقيح واما تشخيصها في دور البدء فصعب وهي تهم جداً متخصصي امراض الفم لانهم قد يصادفون مثل هؤلاء المرضى فاذا لم يشخصوا مرضهم ماتوا ضحية الجهل لأن حياة المريض تتلقق بسرعة المعالجة . وسواء أكانت الآفة بثرة خبيثة ام وذمة خبيثة من دون بثرة فان الأعراض الآتية كافية للتشخيص :

الوهن ، الوذمة المنتشرة الغروية من دون ألم موضعي وتقرح في مركز صفيحة صلبة مع بعض الحويصلات (حينما تكون بثرة) وبالجس ليس ما يشبه التورمات العميقة الصلبة المؤلمة التي تتصف بها الفلغمونات العظمية او الغدية تحت الفك واذا كان التشخيص صعباً في بعض الاحيان فالمعالجة اصعب ايضاً واذا عدنا الى المؤلفات رأينا ان البعض يطب بالاستمصال la sérothérapie بينما الآخرون ينقصون من قيمته حتى ان المؤلف نفسه يطب بالاستمصال تارة فيقول ليس لنا من معالجة شافية غير الاستمصال ويدم به أخرى فيقول لا يرجى من الاستمصال اقل نتيجة . وقد سنحت لنا الفرصة بمعالجة بثرتين خبيثتين فعولج المريض الاول بالاستمصال فقط والآخر بالاستمصال

والنوفارسنوبازول والفضة الغروية فمات الاول ونجا الثاني . واذا جاز لنا ان نبدي رأياً قلنا خلافاً لبعض المؤلفين ، ان الجمرة قفة خطيرة حتى على الانسان واما كراف المختبر الكبير مدة ٢٥ سنة في نومستر المركز البروسي الشهير بتجارة الجلود فقد اعلن الاحصاء الآتي ان الوفيات كانت مائة في المئة في الجمرة الحشوية و٢٥ بالمئة في جمة العنق و٥٥ بالمئة في جمة الوجه . ولا برهان تقدمه ادل على خطر هذه الآفة من موت مريضنا الاول خلال ٤٨ ساعة . يستتج مما تقدم ان معالجة الجمرة يجب ان يكون سريعاً وشديداً وان الحقن بمقادير كبيرة من المصل واجب وان حقن الوريد بالنوفارسنوبازول والفضة الغروية أمر لا يجوز اهماله وقد كانت لنا منه النتائج الحسنة وان تقوية القلب واعطاء المريض المأموكي قرحتو وتضميدها تضميداً رطباً بمحلول الايود الايودوري من الامور المساعدة التي لا غنى عنها .

فائدة ملاح المغنيزيوم في السرطان الاختباري (دله وباليوس) :

احدث الحكميان دله وباليوس سرطاناً اختبارياً بتحديث اذان الارانب بالقطران وقد جرعا لبعضها ملاح المغنيزيوم وتركوا الآخرين وشأنها فلو حظ بعد ستة اشهر ان الارانب المعطاة من ملاح المغنيزيوم قد نجت من السرطان بيد ان الآخرين قد اصابوا به . ان هذا الاختبار لدليل واضح على عمل المغنيزيوم في الوقاية من السرطان

الاورام الدماغية

للدكتور لوسر كل استاذ السرييات الجراحية

ترجها الدكتور مرشد خاطر

يظهر الورم الدماغى فى الغالب بعلامات متشابهة اياً كانت طبيعته سرطاناً او ورماً دبقياً (gliome) او ورماً سحائياً او عفلياً (sarcome) او اورماً طفيلية (الكيس المائى) او ورماً التهابياً (الورم السلي « *uberculome* » الخراج ، كيس التهاب السحايا المصلي) والاستطبات الجراحية فى هذه الانواع جميعها واحدة فلتتكم اولاً عن الاعراض ثم نأتى على المعالجة .

اعراض ورم الدماغ على نوعين : علامات ازدياد الضغط فى الجمجمة وعلامات المقر فاذا اجتمعت علامات هذين النوعين معاً كان مشهد المرض بيانياً واضحاً . غير ان هذه العلامات لا تجتمع معاً فى معظم الحالات فيتشوش مشهد المرض ويلتبس بأفة اخرى ريثما تبدو الاعراض الاخرى ولا يقع هذا الامر الاً متأخراً .

وعلامات ازدياد الضغط الجمجمي هي : ألم الرأس (céphalée) الموضع او المغمم المتصف بعصيانته للمعالجة وشدة الفائقة ليلاً وهذا ما يقربه من الصداع الزهري . والاقياء التي تحدث بدون جهد متى بدل المريض وضعته كما لو انتقل من الاضطجاع الى الوقوف . والقبض والدوارات المتواترة التي تأخذ المريض نوباً . والدوار الخيخي متواصل يرنح المصاب فى مشيته .

والنوب المشنجة الموضوعة او المعمة والتشوشات النفسية، والاخماد (torpeur) الدماغى وابطاء النبض والتنفس .

غير ان هذه الجملة العرضية لا تكمل دائماً فان ازدياد الضغط يتاب المريض فى الغالب نوباً تشاهد فى اثنائها جميع هذه العلامات . ومتى مرت النوبة يأتى زمن متفاوت الطول تهجم له الاعراض فلا يبقى غير عرض واحد مقمص (larvé) لا يشخص المرض به وحده .

فالحذر من الشقيقات (migraines) او من نوب الصرع المسماة بالجوهريه التى تبدو فى الكهولة لانها كثيراً ما تكون عرضية (symptomatique) ومتى شك فى الامر وجب التفيش عن العلامات التى يتحقق بها ازدياد الضغط الجمجمى وهى : الركود الحليمى (slase papillaire) وازدياد تور المائع الدماغى الشوكى .

فعلى الطبيب ان يسأل الكحال معاية قعر العين متى شك المريض ألاماً رأسياً ثابتاً بدون ان ينتظر نقص الحدة (acuité) البصرية التى يعقبها العمى المطبق بعد مدة قصيرة لانه خاتمة الركود الحليمى . فقد تكون التبدلات التى ترى فى قعر العين كبيرة جداً والرؤية لا تزال جيدة وهذا التباين بين سلامة الرؤية والآفات المشاهدة فى قعر العين يكاد يكون علامة الركود الحليمى الواسمة (pathognomonique) وربما نبهت الافكار اختطافات (obnubilations) موقته وماهى الا كسوف بصري حقيقى يستمر بضع ثوان ويتكرر فى اليوم الواحد غير ان هذه التشوشات غير ثابتة وتسبق نقص الحدة البصرية زمن قليل .

وعلامات الركود الحليمي هي تبدلات تطراً بالخاصة على الأوردة فتتخرج وتتسع فتبدو في الحليمية وذمة (œdème) وبروز غير طبيعي وتعود جوانبها غير واضحة ثم تعقب علامات الاحتقان هذه علامات ضهور العصب البصري فيحدث العمى وهذه العلامات واضحة بالخاصة في الاورام السريعة النمو التي لا تفسح لمحتويات الجمجمة وقتاً كافياً تعتمد به مثل هذه التبدلات المرضية . وإذا لم يتوسط في الوقت المناسب افضى الركود الحليمي الى العمى ويقاس ازدياد التوتر في المائع الدماغى الشوكي بعد البزل القطني بمحظربة (manomètre) .

وازدیاد ضغط المائع الدماغى الشوكى هو ما يحدث الركود الحليمى فهاتان علامتان تجتمعان عادة في وقت واحد . غير انه قد يكون ركود حليمى واضح دون ان يزداد توتر م . د . ش . فيكون الورم قد حصر المائع في البطينات ومنعه عن الاتصال بالمائع الشوكى . فيجب اذن ان يعاين دائماً قعر العين قبل البزل القطنى لان استخراج كمية من م . د . ش . يحدث تفاعلاً افرازياً ينجم منه فرطدم حليمى . فتمى كان ركود حليمى واثبت البزل القطنى ان م . د . ش . يزداد توتره كان ازدياد الضغط في الجمجمة مؤكداً . لا ينكر ان هذا الضغط الجمجمى يزداد في آفات اخرى كالتهاب السحايا المصلي وخراج الدماغ والتهابات السككية غير ان سير هذه الآفات والعلامات الاخرى المرافقة وتحمري وظائف السككية يرشدان الى التشخيص .

اما الآن وقد ثبت لنا ان في الجمجمة ورماً فهل الورم في الدماغ او خارجه واين مقره ؟ . لا بد في هذه الحالة من الاستعانة بمعارف الاختصاصى

بالامراض العصبية والفتيش عن علامات المقر. وقد يكون تناذر (syndrome) الاستقرار هذا وحده بدون علامات ازدياد التوتر وان مما يميزه عن التناذر الوعائي ابتداءه خلسة وسيره البطيء المتزايد.

ويستند كلوفيس فنسن في تشخيص الورم الجبهي عن هذا المثلث (triade) العرضي : اللقوة faciale paralyse المركزية ولا بد من الفتيش عنها. والتشوشات الدماغية فقد الذاكرة، تبدل الطبع عدم المبالاة والجسبة (aphasie) التي تكون خفيفة في الغالب.

والاعراض الرولندية الصرع والشلل دليل على نمو الورم في الورا. ويرافق اورام الفص الجداري بطلان حس عضلي وانسدال جفن في الجهة المضادة احياناً. ومتى كان الورم جسيماً احدث الضغط تشوشات حركية خارج منطقة رولندو ويرافق اورام التلافيف الجدارية والجبهي المساعدة في بدئها صرع جكسوني ثم يعقبه شلل متأخر. وتحدث اورام الفص القفوي حبسة القراءة (cécité, verbale) والعمى النصفي السمي (l'hémianopsie homonyme) واشد اورام الحفرة الدماغية الخلفية خطراً اورام البطين الرابع. يعطف المريض رأسه لكي يمنع انسداد البطين الذي يحدث فيه نوب صداغ اشتدادية (poroxystiques) لا توصف شدتها. وتحدث حركات البسط عوارض تتفاوت اهميتها وخطورها منذ الصدر (éblouissement) حتى الفشي (syncope) ومن اهم الاعراض التهزع (ataxié).

وتتصف اورام القاعدة بعلامات انضغاط الاعصاب القحفية. ويتصف

سرطان الغدة النخامية (pituitaire) بتأذر الفتخ (acromégalie) أو بحوؤل شحمي تناسلي ترافقه تشوشات عينية . وقد تتصف الاورام فوق السرج بعلامات بركينسونية او بتأذر مخيخي . ومتى لم يكن تنأذر دال على المقر يكون تشخيص مقر الورم مستصبأ حتى في مستشفيات الاختصاص التي لا يتوصل اربابها الى هذا التشخيص الا في نصف الحوادث . فلا بد من الالتجاء الى الرسم الشعاعي ازاء هذه الصعوبات . ان رسم القحف المقصود (directe) قد يبين اتساع السرج التركي بورم الغدة النخامية او عرن (hyperostose) ويندر ان يكون في الورم نفسه تكلسات فينطبع رسمه على اللوحة الحساسة غير ان فحص الرسم الشعاعي لا تجنى منه اقل فائدة في اغلب الاحيان .

ولهذا سمى البعض الى معرفة التبدلات في باطن القحف الناجمة من الورم بادخال بعض المواد الظليلة (opaques) او الشفافة في اجواف البطينات . وقد دخل بعضهم من القفا والبعض الآخر من الجداري وفضل غيرهم طريق الجبهة . وحقق سيكار وهاغنو بالليودول واثار دنسدي بالحقن بالهواء ويظهر ان طريقته هذه افضل فبعد ان يحجج القفا (trépanation occipitale) ويبرز البطين الجانبي ويستخرج ١٥ - ٢٠ سم منه من م . د . ش . يستعاض عنها بكمية من الهواء معادلة لها او اقل منها قليلاً ومتى حقق بالهواء يصور القحف باوضاع مختلفة . يدخل الهواء في الحالة السليمة الجانبين دخولاً متعادلاً فاذا كان رسماً البطينين غير متناظرين كان ورم الدماغ في الجهة المتبدلة محتملاً ويمكن الاختصاصي بالامراض العصبية

ان يستتج من التبدلات التي تطرأ على اشكال صور البطينات وحجمها استنتاجات كافية عن وجود الورم ومقره .

ولا يخلو رسم البطينات من خطر فلا حاجة الى صنعه اذن الا متى خابت الوسائط الاخرى في الوصول الى التشخيص . وهذا لا يعني الامتناع عن اجرائه لاننا اذا قسنا معدل العوارض التي تتجمن منه وهو ٦٠٪ . كان اجراؤه جائزاً لما ينجي منه من الفوائد في تشخيص مقر ورم قد تتعلق نجاة المريض من الموت باستئصاله . مع انه اذا لم يصنع ولم يتوسط توسطاً جراحياً كان الموت محققاً في جميع الحوادث . هذا ما يقال في تصوير البطينات .

وقد اشار دندي ايضاً بحقن البطينات بالمواد الملونة فهو يبزل احد البطينات الجانبية حذاء القرن القفوي ويملاءه محلولاً ملوناً فاذا لم تخرج هذه المادة بالبزل القطني دل ذلك على ان الورم يقطع الاتصال بين البطينات والحلاء تحت العنكبوتية .

وبعد ان يشخص الورم ويعين مقره يبقى علينا ان نعلم طبيعته . فنفكر في الصنع (gomme) متى كان المريض مسلولاً او مصاباً بداء الافرنج وفي استعمار السرطان للدماغ متى كان المريض مصاباً بسرطان آخر . وسير الورم ينبيء عن طبيعته فالورمان العظمي والليفي يسيران ببطء والورم الغلي (sarcome) والاثناليوما يسيران بسرعة . غير ان تشخيص طبيعة الورم يكاد يكون مستحيلاً قبل العملية وفضلاً عن ذلك فان لهذا التشخيص الدرجة الثانية من الاهمية لان كل ورم دماغي يستدعي التوسط الجراحي ومتى أُجريت العملية وعرفت طبيعة الورم سار الجرح وفقاً للحالة التي راها .

ومهما يكن فانتا اذا استثنينا الحالة التي يكون بها الزهري سبب الآفة ويستطاع تخفيف الاعراض بالمعالجة النوعية قلنا ان الانذار في ورم الدماغ سواء اكان سيره بطيئاً ام سريعاً وخيم جداً . لانه اذا ترك وشأنه افضى الى العمى والذنف (cachexie) فالموت بانضغاط البصلة . فكل تناذر دال على ازدياد التوتر في الجمجمة ومسبب عن ورم يستدعي التوسط . لان كل مريض لا يبيض يموت .

أجل لا ننكر ان نتائج العمليات ليست حسنة دائماً لان كثيراً من هذه الاورام يكون مندفناً في الدماغ ولا يستطيع استئصاله الا بعد اجراء عملية جراحية صارمة . ولكن العملية تشفي بعض المرضى على الرغم من كل هذا ولولاها كان موتهم متحتماً . فالعملية واجبة اذن .

وليعلم ان انذار التوسط الجراحي وخيم جداً في حالات ازدياد التوتر الجمجمي لان المسألة ليست حج الجمجمة الاضطرابي في سياق نوبة حادة من ازدياد التوتر اذ ان هذه تعالج معالجة دوائية بحقن الوريد ببطء شديد بعشرين الى خمسين سم ٣ من محلول زائد التوتر (hypertonique) ملحي او سكري قوامه ٢٠٠ — ٣٠٠ بالالف فير مائع د . ش . الى الدوران العام طبقاً لشرائع التحال (osmose) وقد تكون النتائج حسنة . ويستحسن اجراء هذا الحقن قبل الحج متى كان لا مندوحة عنه .

وقد اوضح ده مرتل شروط جراحة الدماغ وعينها جيداً يجلس المريض على كرسي العمليات الخاص واذا لم يكن هذا الكرسي فالكرسي العادي يبيض عنه ويحن رأسه الى الامام ويسند الى وسادة موضوعة على

طرف مائدة العمليات اذا كانت العملية على القفا او يسند قفاه الى المنضدة اذا وقعت العملية على الجبهة .

ويستحسن ان يكون التخدير موضعياً . لان من حسناته وصفات الجلوس زوال السعال والاقياء وتخفيف النزف واحتقان الدماغ . فضلاً عن ان المريض يساعد الجراح باجراء الحركات التي يسأل اجراءها ويجب عن الاسئلة التي تلقى عليه وكل هذا لا يستطيع اليه سبيلاً بالتخدير العام .

ويفضل بعض الجراحين مع ذلك التخدير الكولوني بالاثير . يعطى المريض مسهلاً في اليوم السابق للعملية . يحقن كولون المريض قبل العملية بساعة وقبلها بنصف ساعة بمزيج من الزيت والاثير بمعدل ٣٠ سم ٣ لكل عشرة كيلوات من ثقل الشخص على ألا يتجاوز المقدار جميعه ٢٢٠ سم ٣ وبعد الانتهاء من العملية يفرغ السائل الباقي ويفسل الكولون .

والوصول الى اورام الدماغ يستدعي نزع قطعة من معظم ثقب عدد من الثقوب بالسنبلة (fraise) في محيط القطعة ونشر الاقسام الفاصلة بينها بمشار جيفلي ويفضل استعمال الآلات المحركة بالكهرباء لانها اسرع ولان الاقتصاد بالوقت واجب .

واورام السحايا الجبهية والجدارية والاكياس اسهل استئصالاً وتشخيصها وتعين مقرها اسهل واستئصالها يبكر فيه

وعلى العكس الاورام الدبقية (gliomes) النابتة بفضل الدبق العصبي (névrogie) فانها اصعب الاورام استئصالاً .

واستئصال الاورام السلية سهل غير ان النتائج البعيدة سيئة لان التهاب

السحايا يعقب العملية او النكس يبدو مكان الورم . ويشق في الوصول الى الحفرة المخيخية شق كالقوس وتقطع القشرة القفوية بالمفرص (gouge) ووقوع البصلة والحذبة في الجوار يعلل لنا خطر استئصال هذه الاورام الواقعة في هذا الرجا .

والطريق المتبع في استئصال الاورام من الناحية النخامية هو الطريق الوطي اي خلال الانف والعظم الوتدي او الطريق العالي الجبهي الجداري ولا بد من قياس توتر المريض الشرياني في سياق العملية كل دقيقتين حتى اذا هبط الضغط هبوطاً مزعجاً توقف العملية بضع دقائق ويؤجل انهاء العملية الى جلسة ثانية .

واخطار العملية ليست ثابتة لطول مدتها بل لغزارة النزف وشدة الرضوض التي تحدثها فيجب اذا اجراء العملية بتؤدة ولا يجوز فتح الام الجافية الا بعد ان يخفف التوتر الدماغى مما امكن يئذل البطينات والقطن وحقن الوريد بمحلول زائد التوتر واجراء حقن شرجية بكبريتات المغنيزيوم لانهما من خطر اشد من دفع الدماغ بالمبعدات وهو محتقن وبطيناته ممتلئة . ان هذا العمل يحدث موأناً (nécrose) متسماً يكون سبب الموت السريع .

ويجب ان يحرر الورم ببطء زائد وكثير من اللطف وان يرقأ الدم باعتناء شديد في سياق التحرير ولا بد من السير بخطى قصيرة وتجنيف سطح دام مثل احداث سطح اخر جديد ان هذا الرقء (hémostase) خطوة فخطوة يعيد جراحة اورام الدماغ بطيئة للغاية

ويمكن الجراح من ان يرى النقاط النازقة جيداً اذا ما غسلت ساحة العمل غسلًا متتاليًا بمجرى دقيق من المصل الحار واذا لم يكن ربط الاوعية ممكنًا تستعمل في التخثير قطع من العضلات النضيرة تقطع من جوار الجرح العملي من المريض نفسه او من ارنب مخدر كما يصنع ديمر تل وتوضع على النقاط النازقة ويجب ان تكون العملية تامة اي ان يستأصل الورم جميعه في زمن واحد ولا يجوز ان يمتنع عن استئصاله الا متى كان هذا الاستئصال متعذرًا وهذه العمليات منهكة جدا وقد تطول ست ساعات او سبع فهي تستدعي جلد الجراح ومعاونيه او الاستعانة بسواهم متى اعيام التئب والحذر كل الحذر من التورط في جراحة الدماغ منذ المرة الاولى لان الاختبار في الجراحة العصبية لا يكتسب الا لقاء تضيحات عظيمة

وقد توصل ديمر تل بفضل هذه القواعد التي يتبعها الى انقاص الوفيات الجراحية من ستين الى عشرين في المئة خلال عشر سنوات ومعدل كشغف لا يتجاوز العشرة في المئة. لم يكن اجراء هذه العمليات مستطاعاً بحج المجتمين حجاً مخففاً للضغط تحت الصدغ او في القفا دون ان تفتح الاله الجافية ويجوز اجراء هذا الحج في الطرفين فيزول به ألم الرأس ويقى العمى وقد التجأ بعضهم الى الاستشعاع (radiothénapie) بعد ان رأوا حظ الجراح وهو المعالجة الفضلى في الاورام الغدية النخامية (adénomies, hypophysaire) غير ان الاخطار التي تنشأ منه متى كان تناذر ازدياد التوتّر الجمجمي موجوداً تدعو الى تركه ريثما يكون التوسط الجراحي قد مكن الجراح من تعيين طبيعة الورم او من تخفيف الضغط اذا لم يستطع الجراح تعيين مقر الورم

فقد سارت جراحة الاورام الدماغية في سياق السنوات العشرين الاخيرة شوطاً بعيداً لان اكتمال المعدات في الشعب المختصة لهذه الجراحة وتوفر الاستقصاء بالجمجمة بالرسم الشعاعي وتصوير البطينات بالحقن الملونة كل هذا افضى الى التبكير في تشخيص الاورام والى حسن النتائج الجراحية وقد نقص بفضل هذا الكمال في المعدات والدقة في اجراء العمليات الرض الذي كانت تصاب به نسج الدماغ فاصبح الجراحون المهرة قادرين على اجراء عملياتهم على الدماغ بدون الحاق الأذى به مع ان هذه العمليات كانت في الماضي شديدة الایذاء.

تصحيح خطأ

لقد جاء في المقال المنشور في الجزء الاول من المجلد الثامن عن المؤتمر الجراحي الفرنسي التاسع والثلاثين بعض مصطلحات ذكرت على غير حقيقتها فاقضى التنبية عليها خدمة للحقيقة :

جاء في الصفحة ١٠ والسطر ١٣ درس المدخر القلوي والفوسفور وصحيحه : درس المدخر القلوي بقوة مولد الماء (ق . م) اي pH

وجاء في الصفحة ١٣ والسطر ٤ — ٥ ثابتة الفوسفور $7,30 = 7,40$ وصحيحها قوة مولد الماء $7,30 = 7,40$

وجاء في الصفحة نفسها السطر ٦ معاينة الفوسفور وصحيحها معاينة قوة مولد الماء (ق . م) اي pH

وجاء في الصفحة نفسها السطر ١٧ وتقويم الفوسفور pH وصحيحه تقدير قوة مولد الماء (ق . م) اي (pH)

فالرجاء من القراء المدققين الرجوع اليها وتصحيحها ولهم الفضل .

نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السلي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٤ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفى الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى

القديس لويس في باريس

ترجمها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ب - - المرضى المراقبون والمبزلون في سياق زهرهم

لقد كشفت تفاعلات السائل الدماغي الشوكي في المرضى الذين ذكرناهم منذ بدء زهرهم واما هؤلاء فلم تعرف تفاعلات سوائهم الا في سياق زهرهم فتارة كان يجري لهم البزل القطني لاتمام فحص سريري سلي وطورا لايضاح بعض المعلومات المستحصلة من اعراض سريرية مبهمه وآونة للتحقق من حال السائل الدماغي الشوكي في مريض تعثره علامات خفية الزهري العصبي وسنقسم هؤلاء المرضى كما في الزمرة السالفة ثلاث فئات :
الفئة الاولى : تشمل على المرضى الذين ابدوا في سياق زهرهم تفاعلات ايجابية دون علامات سريرية وبقيت خفية طيلة المرض ثم زال أثرها باوقات مختلفة .

الفئة الثانية : وهي تشمل على المرضى الذين ابدوا تفاعلات ايجابية في سياق زهرهم ترافقها او تتلوها علامات سريرية عصبية خفية وما لبثت ان

اختفت بأوقات مختلفة .

الفئة الثالثة : وفيها المرضى الذين ابدوا في سياق زهرتهم تفاعلات ايجابية في السائل الدماغي الشوكي ترافقها او لا ترافقها علامات سريرية عصبية ثم دامت تلك التفاعلات مدة مختلفة بحالة التهاب السحايا المزمن ، او حتى ظهور زهري عصبي خطر (سهام ، شلل عام والخب) .

الفئة الاولى : تدل المشاهدتان التاليتان اللتان نقلتهما عن مؤلف الدكتور (فرن) ان التفاعلات الايجابية ، حتى الشديدة منها والتي لا يرافقها اقل عرض سريري قد تزول بعد معالجة شديدة في المشاهددة الاولى زالت التفاعلات بعد خمس سنوات وفي الثانية بعد ١١ سنة .

المشاهدة الحادية والثلاثون : . . .

سنة ١٨٩٥ — زهري

سنة ١٩١٢ — بالزلز القطبي — تفاعل ايجابي ، فقد العلامات السريرية انعكاسات طبيعية

الحلأيا	الآح	الحوصب	واسرمان الدم
٣٧ —	كبة كبيرة	++	»
١,٦ —	٠,٦٥	++	»
٨,٨ —	٠,٥٠	++	»
٠,٨ —	٠,٢٠	—	»

المشاهدة الثانية والثلاثون س . . . وعمره ٣٧ سنة .

سنة ١٩١٣ — زهري ، وردية ، فقد العلامات السريرية للزهري العصبي ، بورده واسرمان الدموي — دائماً ايجابي

التحوصب	الآح	الحلايا	
١٥٠	٠,٥٠	٧٩	آب سنة ٩١٧ - ١
١٥٠	٠,٥٠	٢٣	تموز سنة ٩١٨ -
١٥٠	٠,٤٠	٧١	شباط سنة ٩١٩ -
١٥٠	٠,٤٠	٥٩	آب سنة ٩١٩ -
١٥٠	٠,٣٧	٨	آب سنة ٩٢٠ -
١٥٠	٠,٥٥	٦٠	آب سنة ٩٢١ -
١٢٠	٠,٥٢	١١٤	تشرين الاول سنة ٩٢٢ -
٩٠	٠,٢٨	٢٣	تشرين الثاني سنة ٩٢٣ -
١٢٠	٠,٣٢	٤٤	تشرين الاول سنة ٩٢٤ -
٩٠	٠,٣٦	٣٣	ابلول سنة ٩٢٦ -
	٠,٢٣	٣	كانون الثاني سنة ٩٢٨ -
	٠,٢١	٣	كانون الاول سنة ٩٢٨ -

وسنرى في المشاهدة التالية ظهور تفاعل ايجابي شديد جداً بعد ١٤ عاماً من بدء الزهري تراققه رعشة خفيفة في اللسان وقد دعت هذه الحال الى الظن ببدء الشلل العام غير ان الاستاذ (دوره) نفى هذا التشخيص نقياً باتاً وفي السنة التالية خفت شدة التفاعل كثيراً وبعد ٢٤ سنة شوهد المريض بصحة تامة .

المشاهدة الثالثة والثلاثون س وعمره ٣٠ سنة

سنة ٨٩١ - قرحة ، وردية ، لويحات مخاطية
 ايار سنة ٩٠٥ - ألم عصبي في العنق ، صداع شديد ، انقباضات طبيعية ،
 تساوي الحدقتين ، رعشة خفيفة في اللسان ،
 بالزل القطني - تفاعل خلوي شديد جداً وآح متزايد

تشرين الثاني سنة ٩٠٥ --- فحصه الاستاذ (دوره) فلم يجد اقل عرض يدل على

الشلل العام، بالزلز القطني --- التفاعل الخلوي نفسه .

تموز سنة ٩٠٦ --- الحالة نفسها ، بالزلز القطني تفاعل خلوي اقل شدة ، الآح

٣٥ .٠٠٠

سنة ٩٢٧ --- تحسنت حال المريض .

سنة ٩٢٩ --- تحسنت حال المريض ايضاً .

وسنزي فيما يلي مشاهدة هامة لمريض اصيب بالزهري وبقي مرضه

مجهولاً حتى اصيب بفرنجيات سلية قشرية (syphilide Tulerulo-crouteuse)

في الظهر

وبعد عامين اصيب باعراض اعياء دماغي (Depression cérébrale)

لا يرافقه اقل عرض سريري بل تفاعل شديد جداً في السائل الدماغي

الشوكي وبورده واسرمان الايجابي في الدم والسائل مما يدعو الى الشك في

الشلل العام غير انه ما لبث كل شيء ان عاد الى حالته بعد المعالجة وبعد سبع

سنين كان المريض حسن الصحة سائله طبيعي عدا تزايد في الآح ندبي على

ما يرجح وبدون اقل عرض سريري

المشاهدة الرابعة والثلاثون س... وعمره ٣٩ سنة

سنة ٩٢٠ --- دون ان تعرف سوابق المرض شوهدت فيه افرنجيات سلية قشرية

على الظهر، الدم: واسرمان ايجابي .

سنة ٩٢٢ --- يشكو المريض لنأ وكسلًا في عمله وضعفًا في الذاكرة وقد فحصه

الاستاذ (غيلان) فلم يشاهد عرضاً سريرياً ما سوى تزايد

خفيف في الانعكاسات

بالزلز القطني --- تفاعل خلوي صريح والآح ١.٥٠ غرام

بورده واسرمان ، ايجابي شديد ، واسرمان ايجابي

سنة ١٩٢٣ — بالزلزلة القطنية ، تفاعل خلوي طبيعي ، الآح ١ غرام ، بورده

واسرمان — سليبي ، الجلاوي : سليبي

سنة ١٩٢٥ - احماء التفاعل الخلوي ، الآح ٥٠،٥٠،٥٠،٥٠ غرام ، بورده واسرمان سليبي

الجلاوي : سليبي . حالة المريض حسنة جداً .

سنة ١٩٢٩ بالزلزلة القطنية زوال التفاعل الخلوي ، الآح ٦٥،٠٠،٠٠،٠٠ غرام ، بورده واسرمان

سليبي ، الجلاوي سليبي ، الدم : بورده واسرمان هويست — سليبي

حالة المريض حسنة وقد ازداد وزنه ١٥ كيلو ، انعكاسات

طبيعية وعينان طبيعيتان

يتضح من المشاهدات السالفة ان شفاء المريض ممكن بعد معالجة صارمة

مع ان في سائله الدماغية الشوكي تفاعلاً شديداً وبورده واسرمان ايجابي

دوز اي عرض سريري ابان سير زهره .

المجموعة الثانية : تثبت المشاهدتان التاليتان المتشابهتان أتم الشبه ان التهاب

السحايا ، الذي تدل عليه الاعراض السريرية ، بدأ مع الزهري وبعد بضع

سنوات ظهرت في المريض اضطرابات روحية ترافقها تفاعلات شديدة في

السائل الدماغية الشوكي — وما لبثت هذه الحال حتى عاد كل شيء الى نصابه

رويداً رويداً . فقد أصيب المريض في نهاية السنة الاولى في زهره بخذل

شقي أيسر (Hémiparésie) ما لبث ان شفي منه وكان شاهداً على اصابته

السحائية الوعائية .

وبعد سبع سنوات أصاب المريض فتور دماغي يرافقه تفاعل ايجابي

شديد وبعد سنة من ذلك خف التفاعل وما لبث المريض بعد ثماني سنوات

من بدء هذه الاعراض ان تتمتع بصحة جيدة جداً .

المشاهدة الخامسة والثلاثون س . . .

- سنة ٩٠٣ -- قرحة ، وردية ، لوحات مخاطية
 سنة ٩٠٤ -- خذل شقي ، يسر متجه الى الشفاء .
 سنة ٩١١ -- انكسارات طبيعية؛ نصب فكري ، قور
 بالزل القطني — تفاعل خلوي شديد وخلايا المصورة؛ آح متزايد جداً
 بورده واسرمان ايجابي ، الدم: بورده واسرمان ايجابي قليلاً
 سنة ٩١٢ -- بالزل القطني — تفاعل خلوي اخف؛ فقد خلايا المصورة آح اقل
 بورده واسرمان ايجابي
 سنة ٩٢٢ -- المريض بصحة جيدة وكل شيء طبيعي
 سنة ٩٢٢ — » » » » » » »

وفي الثانية اصيب المريض بالصلع منذ بدء الزهري وهو عرض يرافقه في الغالب تفاعل في السائل الدماغي الشوكي وبعد ١٥ سنة من ذلك كان تفاعل السائل الدماغي الشوكي شديداً جداً ترافقه اختلالات دماغية مجردة عن اي دلالة عضوية وفي السنة التي تلتها اصاب المريض شفع ولكن جميع هذه الاعراض خمدت بعد سنتين .

المشاهدة السادسة والثلاثون — س . . ولد سنة ١٨٧٢

- سنة ٩٠٣ -- قرحة ، وردية، صلع
 سنة ٩١٨ -- طنين في الاذنين ، ضياح الذاكرة ، فتور دماغي انكسارات حادة
 حدقتان طبيعيتان .
 الحلايا الآح بورده واسرمان بورده واسرمان الدموي
 كانون الثاني سنة ٩١٨ كثيرة جداً ١٨٠ + + »
 آذار سنة ٩١٩ شفع موقت — » —
 نيسان سنة ٩٢٠ قليلة ٠,٣٠ — »
 تموز سنة ٩٢٠ — » ٠,٣٠ —

الانعكاسات طبيعية والمريض بصحة جيدة .

ونرى في المشاهدة التالية مريضاً اظهر بعد بدء زهره به ٢٤ سنة اختلالات دماغية كثيراً ما دعت الى التفكير بالشلل العام اضيف الى ذلك التفاعلات الشديدة في السائل الدماغي الشوكي وفي الدم ولكن المعالجة الصارمة التي طبقت حين ذاك اوصلت المريض بعد ثماني سنوات الى امتلاك صحته التامة ولم ينقص هذه المشاهدة الا الفحص الحيوي الاخير الذي رفضه المريض .

المشاهدة السابعة والثلاثون س . . .

سنة ٨٩٧ — قرحة كثيرة الاحتمال ، لا علاج ابداً
سنة ٩٢١ — أم عصبي قفوي عنيد وشديد ، تغير في الطباع ، فروغ الصبر تأفف من العمل والحل لا عرض سريري ظاهر .

بالبرل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً الآح ٦٥٠ ، وردده واسمران

إيجابي بشدة في الدم — إيجابي بشدة ايضاً

من سنة ٩٢١ — ٩٢٩ — عولج المريض بغاية الصرامة

سنة ٩٢٩ - زوال الاعراض الحية ، حالة المريض حسنة ، لا عرض سريري ظاهر

وقد رفض المريض كل فحص حيوي جديد .

سنرى فيما يلي سلسلة مشاهدات اقتطفت نتائجها من مرضى عديدين اصابوا ابان سير زهرهم بعوارض عينية ولا سيما باختلالات حدقية ترافقها تفاعلات شديدة جداً في السائل الدماغي الشوكي ولكنها ما لبثت جميعاً ان شفيت وكانت الاضطرابات الروحية التي اضيفت الى ما ذكر في الكثير من هؤلاء المرضى داعية الى التفكير بسير المرض نحو الشلل العام وهاتان

مشاهدتان لا ينقصهما سوى البزل الاخير الذي يمكننا من الوقوف على حالة المريض ولكن مراقبة المريض مدة طويلة (٨ سنوات و ١٤ سنة) تكفي للجزم بسلبية التفاعلات كما تثبت ذلك المشاهدات الاخرى .

المشاهدة الثامنة والثلاثون س . . .

سنة ٩٠٤ — قرحة افرنجية ، لا وردية

سنة ٩١١ — صداع شديد ، اختلاف الحدقتين

سنة ٩١٤ — انعكاسات طبيعية حتى في العينين ، اختلاف الحدقتين بالبزل القطني — تفاعل خلوي شديد جداً مع خلايا المصورة آح متزايد بورده

واسرمان — سلبي

سنة ٩٢٢ — انعكاسات طبيعية ، حالة حسنة

المشاهدة التاسعة والثلاثون س . . .

سنة ٩٠٩ — قرحة ، وردية حطاطية

سنة ٩١٣ — انعكاسات طبيعية ، اختلاف الحدقتين ، فقدان الحدقتين لغب فكري ، بالبزل القطني ، خلايا غزيرة ، وآح متزايد جداً ، بورده واسرمان —

ايجابي . الدم — بورده واسرمان ، ايجابي

سنة ٩١٩ — انعكاسات طبيعية ، زوال الاختلاف الحدقي

سنة ٩٢٧ — صحة جيدة وكل شيء طبيعي .

واما المشاهدة الآتية فشيخة بالمشاهدتين السابقتين غير انها اشد مراقبة فقد ابانت البزول المتوالية ان السائل الدماغي الشوكي عاد طبيعياً بعد المعالجة بسنتين ولم يبق في النهاية سوى تباين ندي في الحدقتين وهو ما يشاهد كثيراً .

المشاهدة الاربعون س . . . ولد سنة ١٨٨٥

سنة ٩٠٩ — قرحة ، وردية ، لويحات حطاطية

نيسان سنة ٩١٧ — حدثتان مختلفتان ، لا آفة في قعر العين وكل الانعكاسات طبيعية .

الحلأيا الآح	بورده واسرمان	بورده واسرمان الدموي
نيسان سنة ٩١٧ - ١٨	٠,٨٠	+
تموز سنة ٩١٧ - ٢	٠,٥٠	+
ايار سنة ٩١٨ - ٢	٠,٥٠	—
نيسان سنة ٩١٩ - ١	٠,٣٠	—

حالة المريض حسنة ، الحدقتان لا تزالان مختلفتين غير انهما تتفاعلا .
واليكم الآن مشاهدة هامة اريضة تتبعتها عشرين عاماً فقد شاهدت فيه بعد بدء زهره بنحو سنوات ومعالجته في هذا الاثناء ببعض حبوب بروتويودور الزئبق ، فلجأ عينا يرافقه تفاعل شديد جداً في السائل الدماغي الشوكي مما يدل على التهاب سحائي مزمن شديد الوطأة لحقنت قناتها المفقرية بمحلول كيانوس الرئبق مع حقن اخرى في الوريد والعضلات فبقي في السائل الدماغي الشوكي بعد اربع سنوات ما يدل على تفاعل سحائي ثم اختفت هذه المريضة عن الانظار ايام الحرب وفي سنة ١٩٢١ — وسنة ١٩٢٣ فحست سائلها فكان طبيعياً وفي سنة ١٩٢٩ كانت تتمتع بصحة جيدة ولم يبق فيها سوى تباين متقطع في الحدقتين فما عساه ان يكون مصير هذه المريضة لو لم يكشف البزل القطني في سنة ١٩٠٩ ذلك الالتهاب السحائي

المشاهدة الحادية والاربون — س . . . وعمرها ٣٤ سنة

ابلول سنة ٩٠٤ — قرحة افرنجية ، لا معالجة سوى بعض حبوب بروتويودور الزئبق .

تموز سنة ٩٠٩ صداع شديد ، طنين في الاذنين ، شلل عيني أيمن انسي شاهده
الدكتور (شيلوز) بالبرل القطبي — تفاعل خلوي على غاية من
من الشدة ، آح متزايد ، الحقنة الاولى من كيانوس الزئبق في
القناة الفقارية

١٥ تشرين الثاني سنة ٩٠٩ — تحسن الرؤية ، زوال الاعراض الاخرى ،
اختلاف الحدقين ، كسل الحدقة ، بالبرل القطبي
تفاعل خلوي وسط — وآح متزايد قليلاً ،
بورده واسرمان ، سلمي ، الزرقة الثانية من
سيانور الزئبق .

١٤ تشرين الثاني سنة ٩١٠ — دوام الاختلاف الحدقي وكسل التفاعل الضائي
بالبرل القطبي تفاعل خلوي وسط ، آح طبيعي .
١٩ تشرين الاول سنة ٩١١ -- الحالة العينية نفسها ، بالبرل القطبي تفاعل
السائل نفسه

٧ ايار سنة ٩١٣ — الحالة العينية نفسها ، بالبرل القطبي ، تفاعل خلوي وسط
الآح متزايد قليلاً .

٢٨ نيسان سنة ٩٢٢ — عينان طبيعيتان (الدكتور شيلوز) بالبرل القطبي سائل
طبيعي .

٢٢ حزيران سنة ٩٢٣ -- عينان طبيعيتان ، حدقتان متباينتان احياناً ولكنهما
تتفاعلان جيداً تجاه الثور ، بالبرل القطبي سائل
طبيعي .

سنة ٩٢٩ — عادت المريضة البنا وكانت حنة الصحة حدقتاها مختلفتان
اختلافاً متقطعاً .

وهذه مشاهدة لا تقل اهمية عن السابقة وتشبهها آثم الشبه غير ان
عدد سني المشاهدة اقل مما ذكر .

المشاهدة الثانية والاربعون : زهري مجهول

سنة ٩١٦ .. شقيقة ، ألم العصب الوركي .

سنة ٩٢٢ — طلا (Leucoplasic) فقد علامات الزهري العصبي ، بالبزل القطني تفاعل خلوي صريح مع خلايا المصورة ، الآح ١ غراماً بورده واسرمان ، ايجابي خفيف الجاوي ، سلبي ، بورده واسرمان الدم ، ايجابي

سنة ٩٢٤ .. اختلاف خفيف في الحدقتين .

سنة ٩٢٩ . حالة روحية حسنة مع غرابة في الاطوار ، انعكاسات طبيعية ، دوام الاختلاف الحدقي دون خلل في الانعكاسات ، بالبزل القطني ، لا تفاعل خلوي ، الآح ٣٠٠ . سغ بورده واسرمان سلبي الجاوي ، سلبي ، الدم ، بورده واسرمان سلبي .

واليك الآن مشاهدات مرضى ثلاثة تتبعتهم زمناً طويلاً بدت فيهم علامات عينية حدقية ولا سيما اضطرابات تقسية وانحطاط فكري وجسدي وضياح الذاكرة اغني كل ما يوجه الانظار الى بدء الشلل العام ولكن هؤلاء الثلاثة ما لبثوا ان تمتعوا بصحة جيدة بعد ان عولجوا بالنوفار والزئبق والبرزموت وهم جميعهم من الادباء

المشاهدة الثالثة والاربعون : س... ولد سنة ١٨٨٠

سنة ٩٠٨ قرحة افرنجية .

تشرين الاول سنة ٩١٤ — شال عيني تام في الزوج الثالث الايسر ، شفاء بالمعالجة الزرنيخية

تشرين الثاني سنة ٩١٨ — عودة الشلل .

ايار سنة ٩١٩ . . شلل تام في الزوج الثالث الايسر ، هبوط الجفن العلوي ، لا شيء في قعر العين ، علامة آرجيل في الايمن ، انعكاسات طبيعية

الحلايا الاحين واسرمان الجاوي واسرمان الدموي

١٨	أيار سنة ١٩١٩	—	غزيرة جداً	١,٢٠	إيجابي خفيف	»	+	+
٦	كانون الاول سنة ١٩١٩	—	لا شيء	٠,٣٥	..	»	»	»
٣	أيار سنة ١٩٢٠	—	قليلة جداً	٠,٣٥	.	»	»	»
١٣	تشرين الاول سنة ١٩٢٣	—	لا شيء	٠,٣٠	—	—	—	—

وفي سنة ١٩٢٩ بعد أن عولج المريض ١٠ سنوات بلا انقطاع عادت اليه محمته وكذا ملكاته العقلية ولم يحتفظ بسوى هبوط جنفي يرافقه حول إيسر وعلامة آرجيل في الأيمن.

المشاهدة الرابعة والأربعون : س . . . ولد سنة ١٨٧٢

سنة ١٩٠٠ — قرحة على الشفة ، وردية ، صلع .

سنة ١٩١٢ — صداع شديد ، انحطاط جسدي ونفسي ، انعكاسات طبيعية ، تباين حدقي خفيف ، بالبرزل القطني ، تفاعل خلوي صريح ، آحين متزايد ، بورده واسرمان ايجابي في السائل والدم

سنة ١٩١٩ — انعكاسات طبيعية ، بالبرزل القطني — تفاعل خلوي خفيف وآحين متزايد قليلاً ، بورده واسرمان ، سلبي

سنة ١٩٢٩ — انعكاسات طبيعية ، دوام التباين الحدقي الخفيف .

المشاهدة الخامسة والأربعون : س . . . ولد سنة ١٨٧٤

سنة ١٨٩٦ — قرحة ، وردية ، لوحات مخاطية .

سنة ١٩٢٠ — انحطاط ، لقب فكري ، ارق ، نقص الذاكرة خوف من بدء الشلل العام ، التهاب الوتين ، انعكاسات حادة كسل الحدة اليسرى تجاه النور ، تباين الحدقتين بالبرزل القطني — تفاعل خلوي شديد الاحين ٠,٥٠ سغ بورده واسرمان — ايجابي خفيفاً ، بورده واسرمان الدم ايجابي

سنة ١٩٢٢ — بالبرزل القطني ، الحالة نفسها .

١٩٢٥ — بالبرزل القطني تفاعل خلوي صريح ، الاح ٠,٦٠ سغ بورده واسرمان ، سلبي تقريباً ، الجاوي ، سلبي .

سنة ٩٢٩ — الحالة العامة احسن بكثير ، الوظائف العقلية تامة ، الحدقات تتفاعلان جيداً تجاه النور ولكنهما متباينتان . بالزل القطني — لا تفاعل خلوي ، الاح ٤٥ ، سغ ، بورده واسرمان سلمي ، الجاوي ، سلمي

الفتة الثالثة : لقد رأينا في المجموعتين السالفتين ان اولئك المرضى بعد ان ابدوا علامات واضحة سريرية وحيوية دالة على التهاب سحائي وافر مزمنا ما لبثوا ان عادت صحتهم اليهم وانتهت آفتهم بالشفاء واما افراد هذه الفتة فانهم على العكس بعد ان ابدوا تفاعلات شبيهة بتفاعلات الفتتين السالفتين تعرضوا لطواريء عصبية خطيرة .

واننا سنورد اولاً مشاهدات ثلاثاً ترينا بكل جلاء ووضوح التفاعلات السحائية بعد بزول متابعة بينا الفحص السريري لا يدل على شيء منها وفيما بعد اصاب هؤلاء المرضى باعراض عصبية خطيرة كالفالج الشقي وعلامة آرجيل الخ .

المشاهدة السادسة والاربعون : س . . . زهري مجهول

سنة ٩٢٣ — صداع شديد ، دوار ، لا عرض سريري . بالزل القطني — تفاعل خلوي خفيف ، الاح ٢٦ ، سغ بورده واسرمان — ايجابي ، الدم بورده واسرمان ، سلمي

سنة ٩٢٩ — فالج شقي ، تعب دماغي .



المشاهدة السابعة والاربعون : رجل يبدي اضطرابات عقلية ، فحص في مستشفى (سالبترير) وفكّر في الشلل العام بزل قطنه فكان تفاعل خلوي شديد ترافقه خلايا المصورة وآح متزايد بورده واسرمان ، ايجابي

وبعد ستة اشهر ظهرت علامة أرجيل في احد الجانبين مع تباين في الحدتين



المشاهدة الثامنة والاربعون : س ...

سنة ٩١٠ - قرحة افرنجية .

سنة ٩١٥ . لا اعراض سريرية ، بالزلز القطني -- الحلايا ٨٥ الاحين ٧٠، سنغ
بورده واسرمان ايجابي اعاء الانكاس الحدي الايسر تقريباً ،
بالزلز القطني — تفاعل خلوي شديد وخلايا المصورة، الاح ٨٠، سنغ
بورده واسرمان ، ايجابي

يتضح من المشاهدات الثلاث السالفة الذكر ان تفاعلات شديدة جداً
في السائل الدماغي الشوكي تقدمت الاعراض الدالة على استقرارات عصبية
خطرة بست سنوات في حادثة فالج شقي وبضعة اشهر وباربع سنوات في
حادثات عوارض عينية فلم تكن التفاعلات المشاهدة اذن دليلاً على الدور
السابق للسرييات

واليك الآن مشاهدة انقلها عن (شوفاليه وماير) تتعلق بامرأة أبدت
تفاعلاً ايجائياً شديداً في سائلها الدماغي الشوكي لا يصحبه اقل عرض
سريري بعد بدء زهرتها بستة اعوام واني انتهز الفرصة واروي هذه المشاهدة
التي ليست لي لا ثبت للملأ ايضاً رأيي الاول الذي كثيراً ما انكره عليّ
سيكار وهو ظهور التفاعلات الشديدة في السائل الدماغي الشوكي التي
يصحبها تفاعل بورده واسرمان الايجابي فيما لا يشاهد عرض سريري واحد
يدل عليها وأضيف الى ذلك ان المعالجة بالبرداء التي طبقت للمريضة سنة
١٩٢٥ لم تحل دون سير التهاب السحايا المزمن وما زالت تبدي تبايناً في

الحدقين حتى ان هذه العلامات الحيوية كانت مثبتة ايضا بعد اربعة اعوام اي سنة ٩٢٩ ولم تخضع لهذه المعالجة الا التفاعلات الخلووية والاحينية .
واليك موجز هذه المشاهدة المفيدة :

المشاهدة التاسعة والاربون : س . . . وعمرها ٢٢ سنة

تشرين الاول سنة ٩١٨ — وردية ، لويحات مخاطية
آب سنة ٩٢٥ — لا علامة سريرية ، بالبرل القطني — الخلايا (٣٥٦) مع خلايا
المصورة ، الاحين ٠,٧٠ ، سغ ، بورده واسرمان ايجابي
الجاوي - ايجابي ، تفاعل بورده واسرمان الدموي ، اصبح
سلياً بعد ان كان ايجابياً مدة طويلة ، معالجة بالبرداء

تشرين الاول سنة ٩٢٥ — تباين الحدقين ، انعكاسات طبيعية
من سنة ٩٢٥ . سنة ٩٢٨ — بالبرل القطني -- تهتز التفاعلات الخلووية بين (٥٥٥)
وتهتز التفاعلات الاحينية بين ٢٥ ، ٤٠ و ١٠٠ ،
تفاعلات بورده واسرمان والجاوي ايجابية دائماً ، تفاعلات
بورده واسرمان الدموية ايجابية ايضاً

سنة ٩٢٩ — انذار مظلم بسبب التهاب السحايا المزمن كما يرى مؤلفاً المشاهدة
واما المرضى الثلاثة الآتي ذكرهم فيبدون علامات سريرية عصبية تدل
على زهري عصبي ولا سيما على التهاب السحايا المزمن مع تفاعل شديد في
السائل الدماغي الشوكي وقد استمر التهاب السحايا هذا عدة سنوات دون
ان يتناقص او يعتدل في سيره ففي المشاهدة الاولى نرى تبايناً حقيقياً بدون
اختلالات انعكاسية بلا صداع شديد يشكوه المريض ظهر بعد اربع سنوات
من بدء الزهري وفي السنة التي تلتها أبان البرل القطني تفاعلاً شديداً جداً
في السائل الدماغي الشوكي وفي الدم واما الفحص السريري الذي اجراه

الاستاذ غيلان فلم يكشف الا بعض علامات سريرية مبهمة وبعد تسع سنوات من ذلك كانت صحة المريض جيدة فقد تحسنت العلامات السريرية وخفت كثيراً التفاعلات ولكنها لم تَمحَ واصبح التفاعل الدموي سليماً .

المشاهدة الخمسون : س وعمره ٢٦ سنة

سنة ٩١٥ -- قرحة افرنجية

سنة ٩١٩ -- صداع شديد ، تباين في الحدقتين .

سنة ٩٢٠ -- الاعراض نفسها ، بالبرل القطني -- تفاعل خلوي شديد . الاح

١٠٨٠ سغ بورده واسرمان -- ايجابي بشدة ، بورده واسرمان الدم

اجباري قليلاً وبعد البرل القطني زوال التباين الحدقي وبعد ثمانية ايام

فحصه الاستاذ غيلان فلم يشاهد غير تناقص في الانعكاسات العرقوية

والاخصية المتوسطة في الجهة اليسرى واحياء الانعكاسات الظنبوية

الفخذية والظنوبية الفخذية الحلفتين

تشرين الاول سنة ٩٢٩ -- حالة المريض حسنة ولم يعالج ابداً فالانعكاسات

طبيعية واليمينان طبيعيتان والحدقتان متساويتان

غير ان الانعكاسات العرقوية اليسرى تكاد

تكون ممحوة

بالبرل القطني -- تفاعل خلوي شديد جداً وخلايا

المصورة ، الاحين ٧٠٠ سغ ، بورده واسرمان

اجباري قليلاً الجاوي -- ايجابي ، بورده واسرمان

الدموي سلمي -- هخت سلمي

وفي المشاهدة الثانية نرى ان المريض اصيب فجأة بعد ٢٥ سنة من بدء

زهريه بمخذل في الجهة اليمنى وبثوب صرع جاكسوني .

وفي السنة التالية رأيت المريض فكانت انعكاساته طبيعية وحليته

البصريتان ضامرتين وتفاعلا السائل الدماغى الشوكى والدم ايجابين بشدة فبقيت ابراه مدة اربع سنوات فكان سائله متغيراً دائماً واحياناً مصفراً فكان ذلك داعياً الى التفكير بالتهاب السحايا الضخامى التفرى المزمن واخيراً اصيب المريض بذهول دماغى ثابت وبكم ولم يبزل منذ سنة ١٩١٣ وفي سنة ١٩٢٩ كان حياً يرزق ولكن اتقنور الدماغى والاعياء السوداوى داما

المشاهدة الحادية والخمسون : س ...

سنة ١٨٨٣ قرحة افرنجية

سنة ٩٠٨ - - خذل فى الجهة اليمنى ، صرع جاكسونى

سنة ٩٠٩ - - انعكاسات طبيعية، ضهور الحليمتين البصريتين ، بالزل القطنى تفاعل خلوى شديد جداً ، وآح متزايد جداً ، بورده واسرمان ايجابى، بورده واسرمان الدم — ايجابى ايضاً

من سنة ٩٠٩ - ٩١٣ — اجريت له بزل عديدة فكانت التفاعلات شديدة دائماً وفي بعضها كان السائل مدمى قليلاً او مصفراً وقد اصاب المريض بكم وقنور دماغى لم يمكن تخليصه منهما

سنة ٩٢٩ — لا يزال حياً غير ان الاضطرابات الروحية دامت

وفي المشاهدة الثالثة ترى مريضاً اصيب بعد بدء زهره ببيع سنوات بحرس وسكته موقتتين ، وبعد اربع سنوات ظهرت فيه علامة آرجيل ترافقها انعكاسات داغصية وعرقوية طبيعية وتفاعلات ايجابية فى السائل والدم ومن سنة ٩٢٠ حتى ٩٢٩ كنت ابرله فى كل سنة فكان منظر السائل لا يتغير ثم ابتدأت الاضطرابات الروحية بالانحطاط شيئاً فشيئاً دون ان

يكون ثمة عرض واحد لاشمال العام ولهذا فلم يشأ الاستاذ (كلود) الذي رآه للمرة الاخيرة سنة ١٩٢٩ ان يلقحه بالبرداء .

المشاهدة الثانية والخمسون : س. . .

سنة ٩١١ — وردية

سنة ٩١٨ — خرس موقت

سنة ٩١٩ — سكتة موقته

سنة ٩٢٠ — خرس موقت ، علامة أرجيل ، انعكاسات طبيعية بالبرل القطني —
تفاعل خلوي شديد الاحين اغرام بورده واسرمان — ايجابي
في السائل والدم

من سنة — ٩٢٠ — ٩٢٩ — اجريت له بزول عديدة وكلها ايجابية

سنة — ٩٢٩ — انعكاسات داغصية وعرقوية طبيعية * علامة أرجيل ، عسر في التكلم
من آن لآخر ولكن المريض يعيش حياة منتظمة بنشاط روحي
طبيعي

يتبين من المشاهدات السالفة ان التهاب السحايا المزمن كثيراً ما يستمر
سنوات عديدة دون ان يكشفه تناذر عصبي واضح فقد دام تسع
سنوات في حادثتين وعشرين سنة في حادثة ثالثة .

واليكم الان ثلاث مشاهدات اخرى يتبين لكم فيها ان تفاعلات
السائل الدماغي الشوكي تقدمت سنوات عديدة اعراض السهام .

في المشاهدة الاولى نرى ان المريض اصيب بعد بدء زهره بـستين بفلج
عيني يدعو كثيراً الى الشك بتغير سائله الدماغي في ذاك الحين وان
التهاب السحايا موجود وبعد اربعين سنة من ذلك كانت اعراض السهام
لا تزال مشكوكاً في امرها ولكن السائل الدماغي الشوكي ايجابي بشدة

وبعد سبع سنين مات المريض متأثراً من السهام والتهاب الوتين .

المشاهدة الثالثة والخمسون : س . . .

سنة ١٨٧٨ - قرحة افرنجية

سنة ١٨٨٠ التهاب القرحة مع فليج عني

سنة ٩٢٠ - علامة ارجل بالجهة الواحدة ، حدقتان متباينتان ، انعكاسات

عرقوية ضعيفة وداعصية طبيعية ، بالزل القطعي تفاعل خلوي شديد

جداً ، الاحين ٦٠٠ سغ بورده واسرمان ايجابي بشدة

سنة ٩٣٧ - - موت من السهام والتهاب الوتين

ورغم ان المشاهدة الآتية ليست موجودة فلا بد لي من ذكر هذه

النتيجة المنسوبة الى المسيو (هودلو) والتي ذكرها في ايار تحت عنوان :

بحث في الزهري العصبي (النشرة السنوية للاعراض الزهرية الجزء

الخامس والصحيفة ٢٩٧) فقال انه كشف تفاعلاً سحائياً قبل ظهور السهام

بثلاث سنين .

وقبل انتهاء المشاهدات المتعلقة بالسهام اورد مشاهدة مفيدة ذكرها

المسيو (فالسان) نرى فيها ان تفاعلات ، شديدة جداً في السائل الدماغي

الشوكي تقدمت ظهور السهام بثلاث سنوات .

المشاهدة الخامسة والخمسون : س . . . وعمره ٤٠ سنة

سنة ٩٠٤ - - زهري

سنة ٩١١ - - لا علامة سريرية واحدة ، بالزل القطعي خلايا كثيرة (٧٥) الآحين

متزايد جداً ، بورده واسرمان - - ايجابي في السائل وفي الدم .

سنة ٩١٣ - - لا اعراض سريرية ابداً .

سنة ٩١٤ — لا اعراض سريرية ابدأ ، بالزلز القطني — خلايا غزيرة (٨٥)

آحين متزايد ، بورده واسرمان — إيجاجي .

سنة ٩١٨ — سهام مؤكد .

واليكم مشاهدات ثلاثاً يتبين لكم فيها ان التهاب السحايا الذي كشفه
فحص السائل الدماغي الشوكي تقدم عدة سنوات علامات السهام السريرية
الامر الدال على دور سابق للسريريات لهذا المرض .

وأما فيما يتعلق بالشلل العام فان مشاهدات كثيرة سجلت لبيان تقدم
العلامات الحيوية على العلامات السريرية فقد ذكر سيكار سنة ١٩٠٢ أن
مرضى عداً آخرين (neurasthénique) ففحص سائلهما الدماغي الشوكي
فتبين فيهما تفاعل خلوي واضح جداً وبعد ١٨ شهراً من ذلك ظهرت
علامات صريحة للشلل العام . وفي سنة ١٩١١ ذكرت اربع مشاهدات
لمرضى تقدمت تفاعلات سائلهم ظهور الشلل العام فيهم بضعة اشهر وعدة
سنوات .

واليكم الآن مشاهدات أدل وأقنع أبدى البزل القطني تفاعلات شديدة
جداً في السائل الدماغي الشوكي ودل على التهاب سحائي مزمن شديد وبعد
بضع سنوات ظهرت اعراض الشلل العام بينما لم نكن نرى أقل عرض
سريري يدل عليه حين اجراء البزل القطني .

المشاهدة السادسة والخمسون : س . . . ولد سنة ١٨٧٥

سنة ١٨٩٦ -- قرحة الشفة ، وردية ، حطاطات .

سنة ١٩٠٢ — خذل شقي ايمن ما لبث ان زال .

كانون الثاني سنة ١٩٠٤ -- انعكاسات طبيعية ، لاشيء في قعر العين ،
ضعف خفيف في الذاكرة ، بالزلز القطعي --

تفاعل خلوي شديد وآخ غزير

ايلول سنة ٩٠٥ -- لا تبدلات سريرية ، بالزلز القطعي -- التفاعل نفسه

تشرين الثاني سنة ١٩٠٥ -- فحصه الاستاذ دوره ولم يكن له لم يحزم تشخيص
الشلل العام .

سنة ١٩٠٧ -- بلفي ان المريض مات متأثراً من الشلل العام .

المشاهدة السابعة والخمسون :

سنة ١٨٩٨ -- قرحة ، وردية لا صداع ابداً .

نيسان سنة ١٩٠٦ -- فالج شقي .

تموز سنة ١٩٠٦ -- تبين حديق دون اختلالات انعكاسية ، انعكاسات طبيعية
بالزلز القطعي -- تفاعل خلوي شديد جداً الا حين
١,٥٠ غراماً .

وقد فحص الاستاذ (بابنسكي) هذا المريض ومال به الفكر كثيراً الى

اصابة المريض ببدء الشلل العام .

سنة ٩٠٩ -- قبل في المستشفى لاصابته بالشلل العام

ونورد الآن كخلاصة لهذا البحث مشاهدين على غاية من الاهمية ذكر

احدهما المسيو (فانسان) وفيهما نرى ان التهاب السحايا المزمن الذي كشفه

الزلز القطعي تقدم الاعراض السريرية باثنتي عشرة سنة في الاولى وبثلاثي

سنوات في الثانية وذلك قبل الموت أثر الاصابة بالشلل العام .

المشاهدة الثامنة والخمسون :

سنة ١٩٠١ -- زهري .

سنة ١٩٠٧ -- لا اعراض سريرية ، بالزلز القطعي -- تفاعل خلوي شديد جداً

سنة ١٩١١ - بالبزل القطني خلايا غزيرة (٨٠) الاح ٨٠، بورده واسرمان ايجابي .

سنة ١٩١٣ - - احماء الانكسارات الداغصية ، كسل الحدقتين تجاه النور ، بالبزل القطني الحلايا (٨٠) الاح غزير بورده واسرمان - ايجابي في السائل وسليبي في الدم .

سنة ١٩١٦ - - سهام مؤكد

سنة ١٩١٩ - اثر الشلل العام

المشاهدة التاسعة والخمسون : س . . .

سنة ١٨٩٧ - قرحة ، وردية

سنة ١٩١٩ - دوار ، تعب فكري ، انكسارات طبيعية وعينان طبيعتان التهاب اليه الايمن ، بالبزل القطني - تفاعل خلوي شديد الاح ٥٠، سغ، بورده واسرمان ايجابي في السائل وفي الدم

سنة ١٩٢٧ - مات المريض اختناقاً وكان يبدى اختلالات دماغية كانت مدعاة الى تشخيص الشلل العام



النتيجة : تشبه النتائج في هذه الفئة الاخيرة نتائج الفئة السابقة :

١ - يكشف البزل القطني في الزهرين ابان سير زهرتهم تفاعلاً شديداً في السائل الدماغي الشوكي بينما تفقد جميع الاعراض السريرية غير ان بعض افراد هذه الفئة أبدى في بدء زهرية تظاهرات سريرية ما لبثت أن زالت (كالفلج العيني والحذل الشقي والقالج الشقي والخ . . .) فكان ظهورها داعياً الى الاعتقاد بأنه أو أجري البزل القطني في ذاك الحين لكان ايجابياً وسرى ان هذا الامل على جانب عظيم من الاهمية .

٢ — تكون التفاعلات المشاهدة ابان سير الزهري على غاية من الشدة فتكون الخلايا كثيرة جداً ولا سيما خلايا المصورة كما يكون الآحين غزيراً ايضاً وتفاعل بورده واسرمان ايجابياً في السائل والدم وتفاعل (غيلان) ايجابياً ايضاً ويدل جميع ما ذكر على قدم الآفة دلالة واضحة .

٣ . يقوم الى جانب المرضى الذين ابدوا تفاعلات ايجابية دون اعراض سريرية مرضى خرون أظهر الفحص السريري فيهم اعراضاً سريرية صغيرة لآفات عصبية واختلالات دماغية لا يمكن التنبؤ عن درجة خطرها أو تعليلها الاً بفحص السائل الدماغي الشوكي .

٤ — يستحيل جداً التنبؤ عن الحطة التي تسير عليها هذه الالتهابات السحائية التي لا ترافقها اعراض سريرية اذ لا يمكن معرفة ما اذا كانت تشفى أو تستمر سنوات عديدة بشكل التهاب سحائي مزمن أو انها ستسير الى اسوأ فتنتهي بسهام او بشلل عام ذلك لأن تفاعلات السائل الدماغي الشوكي كثيراً ما تكون متشابهة في شدتها وتكون النتيجة مختلفة كل الاختلاف ، وعندى اننا لا نملك حتى الساعة تفاعلاً أو صيغة نعين بهما مصير الآفة وانذارها .

٥ — نرى بين هذه التفاعلات الشديدة ما يدل دون ما جدل على الدور السابق للسريريات غير ان صديقي المأسوف عليه سيكار كثيراً ما ناقشني على صحة هذه الحقيقة الراهنة قائلاً انه ما شاهد تفاعل بورده واسرمان ايجابياً في السائل الدماغي الشوكي الاً وكانت علامات سريرية ، غير ان مشاهداتنا الخصوصية المدونة ابان سير الزهري وفي بدئه تقوم حجة قوية على صحة مسا

ندعيه وبوسعي الان ان اذكر المشاهدات التي اغفلتها كي لا أثقل هذه المذكرة دون جدوى كما اتى كنت ارجو صديقي الاستاذ (غيلان) ان يفحص جميع المرضى الذين كنت أرى في سائلهم الدماغى الشوكى تلك التفاعلات الشديدة فلم يكن ذلك الاستاذ ليكشف أقل عرض سريري واخيرا فان فيما ذكر من المشاهدات السالفة كفاية وحجة دامغة على اختفاء التفاعلات الايجابية وتفاعل بورده واسرمان بعد ظهورها دون ان يتعرض المريض لأقل تظاهرات سريرية .

٦ -- لا تزال قضية المعالجة التي تركتها جانبا مشوشة جدا فكثيرا ما تخضع تفاعلات فائقة الشدة للمعالجة المعتادة وعلى العكس فان البعض الاخر يعيضا بدون ان يفهم سبب ذلك . ولا تخفف البرداء دائما هذه التفاعلات (المشاهدة ٤٨) (للبحث صلة)

المشكلة في الدوالي

جرب الحبيب كيرزن معالجة الدوالي وعراقيلها والقروح الناجمة منها بالمشكلة كلها لا الا أنسولين وحده فكان يضمد القروح الدوائية بمسحوق المشكلة المجرد من الحماض الهاضمة ويصف داخلا الاستعضاء العنكبي والكظري وقد تبين له بعد اختبار دام ثلاث سنوات ان هذه المعالجة تخفف الاعراض الوظيفية سببا الآلام وتحسن الدوران الدموي . ش . م . ش



التلقيح المضاد للدفتيريا

بقلم الدكتور ر. بوفان

ترجمها الدكتور احمد الطباع الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ليس الاستمصال كافياً لحل قضية الدفتيريا حللاً كاملاً لسببين فمن العيب
لذن ان نأمل منه الشفاء في جميع حالات هذا الداء على الرغم من مصله
الناجع ومما استدراكه به يد الاصلاح في المستقبل زد على ذلك أن بين
الاصابات تبايناً شاسعاً فينا نرى معدل الموت سنة ١٩٠٢ ١٢٠٠ (٥٦٦٥)
حادثة في باريس مات منها (٧٢٤) نراه سنة ١٩١٨ بمعدل ٠٠٩ (١٤٥٠) حادثة
مات منها (١٣١) فهذه الارقام اذا قبلت وارقام سنة ١٨٩٤ (٤٣٦٢) حادثة
مات منها (١٤٣٢) ثبت للمرء ان الاستمصال رغم شدة تأثيره لم يكفل بالنجاح
المطلق في جميع الحالات ولا يخفى ان حوادث الدفتيريا الحفية تذكر في هذه
الاحصاءات وان خطر اصابات الدفتيريا التي نشاهدها في هذه السنين الاخيرة
وفي جميع الممالك يحدو بنا الى التسلح بأمضى أسلحة الوقاية :

وسائل الوقاية الجائرة : لا تنكر ان حل هذه القضية قد تم منذ زمن
بعيد وان الاستمصال في الوقاية واسطة من انجع الوسائل غير ان هذه
الوسيلة قصيرة مداها لانها لا تمتد الى ابعد ممن يحيطون بالمرضى وقصيرة مدتها
ايضاً لانها لا تتجاوز ١٥ - ٢١ يوماً فاذا طال امد الوافدة عاد الخطر فهدد

المحقنين بالمصل كما في وافدة المأوى الروسي في بك سنة ١٩٢٤ ولا تنسى ان المصل يحسس المريض ازاء كل مصل سابق حقن به ؛ كل هذا يدعونا الى ايجاد مناعة فاعلة ثابتة : ففي سنة ١٩١٣ قدم بهرنغ المؤتمر الطبي في (وايس بادن) مزيجاً يكسب المناعة على الذيفان والترياق (مضاد الذيفان) فزال به الفعل السام مبقياً على القدرة المولدة للضد . وفي التاريخ نفسه ادخل (بارك وزنجر من نيويورك) في التجارة مزيجاً شبيهاً به فكانت القوة المنعنة لهذين المزيجين أكيدة ولكنها بطيئة التأثير تستدعي عدة اسابيع او عدة أشهر احياناً ولا يخفى أن ايجاد مزيج قوي التأثير وخالٍ من الضرر في الوقت نفسه أمر مستصعب للغاية فضلاً عن ان اساس هذا المزيج هو المصل المضاد للدفتيريا الذي يمهّد السبيل للعوارض المصلية . لهذا انشطر المؤلفون شطرين ففهم من مال الى خليط خفف تعديله ومنهم من مال الى خليط افرط في تعديله (رتو . وب . ب لمي) هذا عدا الصعوبة في المحافظة على هذه المخاليط وعلى خواصها الاولى وفضلاً عن ذلك فإن للتلقيح غرائب ومفاجئات ولهذا حامت الشكوك حول ثبوت هذه المخاليط في الحي كثبوتها الشديد في المخار . ولقد جرب هذا اللقاح في بلجيكة وهولندة وانكلترة وجنبت منه بعض الفوائد بعكس فرنسة التي لم تجن منه الا الحية فاهملته بعد ان شاهدت منه عدة عوارض وخيمة .

الذيفان المعطل (analoxine) : كالت مساعي رامون سنة ١٩٢٢ في هذا الصدد بالنجاح وبعثت في المختبرين آمالاً حققتها المستقبل فنذ الاشهر الاخيرة لسنة ١٩٢٣ قام معهد باستور في باريس مع رامون ومارتن ودازه

ولوازو ولافاي وقام معهد (فال دو كراس) مع زلار وروينو فيتش وسلاً بوجه الخناق سيفاً صارماً ثم عم التلقيح ضد الخناق (فقد اجري ما يقرب من مليون حقنة في ايلول سنة ١٩٢٨) فيحق لنا الآن ان نؤمل في ادخال التمنيع ضد الخناق كما هو عليه التلقيح ضد الجدري .

أسس الطريقة : اذا ما مزجت في الزجاج اجزاء معينة من ذيفان الدفيرييا والترياق حصلت حادثة التحوصب الشاهدة بانشباع المركبين المتبادل واذا ما عور أحدهما عرفت درجة قوة الثاني ولقد وجد رامون ان اضافة شي من الفورمول الى الذيفان الدفيري تفقده قوته السامة مع المحافظة على قوته المحوصبة الشاهدة بانشباع الذيفان وترياقه معاً ومضاد التعفن هذا ينقص أيضاً ضرر الذيفان وقد يحويه باتاً فيكون السم الخناقي قد تبدل تبدلاً كبيراً وقد دل الاختبار أن الحيوانات المحقونة بالذيفان المعطل عادت منيعة على التسمم الخناقي وقد تبين أيضاً أن فمل الحرارة المديدة (٣٨ - ٤٠) تسرع قوة الفورمول المبدلة فيمكننا إذن اجمال خواص هذا المحصول الجديد بما يلي :

هو مركب مشتق من الذيفان الدفيري متصف كالذيفان نفسه بخاصة التحوصب غير مؤذ حيوان التجربة قدير على التمنيع وايجاد ترياق نوعي (رامون) .

وقد سمي رامون هذا المحصول الذيفان المعطل . ولهؤلف تتبعات راهنة اتسع نطاق هذه الطريقة بها وبها يستطيع الحصول على ذيفان معطل من عوامل اثنائية أخرى وهناك طرق لقلب ذيفان الدفيرييا ذيفاناً معطلاً والمتبع اليوم هو إشرالك الحرارة المديدة (طيلة شهر تحت درجة ٣٨ - ٤٠) والفورمول

بالتأثير في ذيفان قوي الفعل . يضاف من انقورمول التجاري الذي نسبته ٤٠ . مقادير تختلف باختلاف المستبت وتفاعل الذيفان .

خواص الذيفان المعطل : خواصه الرئيسية كما ذكرنا هي خلوه من الضرر ، وحفاظته على قدرته المحوصبة وقيمة المولدة للضد وقوته المنعة .

أما كونه خلواً من الضرر فثبت من مقاومة القبعة (الحيوان المصطنى) وغيرها من حيوانات المخبر وعدم تأثرها مما تحقن به من المقادير الكبيرة (٥ سم م) .

وأما قيمة المولدة للضد فتقاس بتفاعل التحوصب ويجب ألا يختلف هذا كثيراً عما يقع في الذيفان نفسه وان يكون جل ما هنالك من فرق هو بطء حصوله بالذيفان المعطل اما ان يستغرق التحوصب به ضعف مدة الذيفان الاصيل فذلك يدعو الى نبذه .

ولقد ثبت بالتجربة على الحيوان ان القدرة المحوصبة في الزجاج تدل دلالة حقيقية على قيمة الذيفان المعطل المولدة للضد وقوته المنعة ومن صفاته مقاومته للحرارة اكثر من الذيفان : فينا ترى أن تعريض الذيفان لحرارة قدرها (٦٥ - ٧٠) ساعة تفقده قسماً كبيراً من سميته وقوته المنعة نجد أن الذيفان المعطل لا يتأثر من هذه الدرجة ولا من بقاءه مدة مديدة في المشلحة فلا شيء اذن ينافي معالجته بطريقة تتبدل لانه لا يلف الا في الدرجة ٧٢ - ٧٥ . ومن صفاته ايضاً انه لا يرجع الى أصله فليس بمقدور أي واسطة كيمياوية أو طبيعية أو حيوية أن تعيد اليه سمية المستحضر الاصيل .

واننا على الرغم ما لهذا الجسم من عظيم الفائدة لا نعددها هنا غير أنهم

استعمالاته : فبناءً على خلو استعماله من الضرر يستعمل اليوم لتحضير الحبل التي يجمع منها المصل المضاد للدفتيريا لانه قد قصر مدة التحضير حتى اصبحت ٣٥ يوماً (بدلاً من ثلاثة أشهر) ولم يعد الحيوان يعاني ألماً في الحقن مع ان الطريقة القديمة كانت تودي به أحياناً او تضعفه شديداً وتقرّب أجله وزبدته القول ان التجارب الحاضرة برهنت أن المصل الحديث تعادل المصل القديم كية وكيفية . وأن ما يهنا ذكره هو تلقيح الانسان الوافي :

الاستطابات ومضاداتها : لقد أبانت لنا السرييات والجواخ منذ سنة ١٩٢٢ ان الذيفان المعطل خال من الأذى ومع ذلك فلا بدّ من بعض التحفظ في استعماله على انه يمكننا ان نعدّ استطابه عاماً في بعض الاشخاص :

١- في الاطفال الذين اكلوا السنة : في هذه الآونة تكون المناعة الطبيعية في الرضيع قد اضمحلت وبلغ استعداداه للرض أشده فالتلقيح قبل إتمام السنة لا فائدة منه ولا تخفى مناعة عضوية الرضيع على كل تمنيع (فبناءً على ما عرفناه عن الذيفان المعطل تؤمل في ان التلقيح به سيعم وينتشر كما عم تلقيح الاطفال باللقاح المضاد للجدرى .

وليعلم ان اللقاح لا يحدث تفاعلاً في السنة الاولى حتى الثلاث وان تفاعله بعد السنوات الثلاث خفيف اذن تكون السن الملائمة للتلقيح بين ١ - ٨ سنوات وليس استعمال هذا اللقاح مطرداً في فئة ثانية من البشر : فنذ السنة الثامنة فما فوق تعود المناعة العضوية شديدة ولها تأثيرها وتزداد التفاعلات ومع ذلك فان التلقيح في المجتمعات حيث الازدحام شديد كما في المدارس والشكن واجب اتقاء للسراية الممكنة وكذلك القول في تلقيح الاطباء

وطالاب الطب والمرضين أيضاً . والقاعدة المطردة هي ان يلقح جميع المستعدين ويعرف هؤلاء بالتفاعل الادمي ازاء الديفان الدفتيري وهو تفاعل (شيك) فن كان شيك فيه ايجابيا لقمح ومن كان فيه سلبيا كان منيعا فترك . .
الاستطبابات المتعلقة بالبيئة : يعود استطباب التلقيح مطلقا ايام الوافدات في الاماكن الموبوءة ولا يجوز التواني به مطلقا واما في الاماكن الطاهرة فلنا الخيار في انتقاء الوقت المناسب والتلقيح في المجتمعات (دور النقه والمصححات) يكاد يكون واجبا ويتعلق بخاطر الوافدة وحالة المرضى ولا مضاد مطلقا له واجراء تفاعل شيك واجب هنا اذ به يضيق نطاق التلقيح فلا يجري الا حين الضرورة المبرمة .

مضادات الاستطباب : قليلة ١ - فلا يجوز تلقيح المحمومين والمصابين باتان حاد الا بعد ان يمر مدة على نقههم وكذا المعلومون : كالسل في صولته .
 ونبلة الآحين وآفات القلب فهي غلل تضاد الاستطباب .
 وهناك مضاد استطباب موقت : وهو ألا يلقح ناقة من الدفتيريا قبل مضي ثلاثة أشهر على شفائه ، أما الحمل فليس مضادا للاستطباب بنفسه ولكن انتقال المناعة للجنين ليس ثابت . .

طريقة التلقيح : الديفان المعطل المستعمل في تلقيح البشر هو من ضنع مستوصف باستور وهو سائل لون بالحضرة تسهيلا لمعرفة قوته المولدة للضند في الجسد معادلة لثماني وحدات ترياق في سم ٣ وهي قوة تفوق الحد الاصغر الواجب توفره للحصول على مناعة اكيدة ، وللديفان المعطل مقادير للفرد (مجل فيه ٥ سم ٣) وللجاعة (مسجل فيه ١٠ سم ٣) ويجرى الحقن تحت الجلد

في كل ناحية ممكنة ولسهولة العمل وفي حالات التفاعل الموضوعي تختار لحة الحفرة فوق الشوك او تحته والحذر من تلقيح الطفل في فخذيه لانها كثيراً ما تكون وسخة فننشأ من التلقيح تعفنات موضعية .

المقادير : هي نفسها في جميع الاعمار

الحقة الاولى : نصف سم ٣

» الثانية : بعد ثلاثة اسابيع ١ سم ٣

» الثالثة : بعد اسبوعين ١,٥ سم ٣

هذه هي الفاصلات التي لايجوز انقاصها حذراً من وقوع بعض الطواريء أما اطالها بغائرة والتلقيح بالانبوب الهضمي لا يفيد البتة ويقول (زلر ولسنه) ان التلقيح بطريق الانف ممكن وهو طريق نادر طرقة .

التفاعلات : لا تفاعل قبل السنة الثامنة او تفاعل خفيف أما بين الثامنة والسادسة عشرة فالتفاعل خفيف وقد يكون شديداً وهو كثير الوقوع في الكهل وتقل التفاعلات بعد الحقنة الاولى وتندر جداً بعد الثالثة ويكثر وقوعها بعد الثانية .

التفاعلات الموضعية : يعقب الحقن غالباً ألم خفيف موضعي وقد يكون التفاعل خفيفاً فلا يظهر الا باحمرار قليل وتعجن وذمي يزول يومين او ثلاثة ايام او يتظاهر بلوحة احمرارية مرتكزة على قاعدة صلبه وكل من كان تفاعل شيك فيه موهماً كانت الاعراض الموضعية فيه أشد وواضح فترى لوحة وذمية حارة مؤلمة بالتساع راحة اليد بنفسجية المركز يحيط به احمرار ينتشر الى ابعد من حدود الذمة ؛ فتزول الاعراض السابقة وتبقى عجرة صلبة تسترهما منطقة صباغية وضخامة العقد ليست بقليلة الوقوع .

التفاعلات العامة : يحصل بعض التوعك وقبلما تبلغ الحرارة (٣٨°) وتشتد عادة بعد الحقنة الثانية ولا تعلو الحرارة عن الدرجة الطبيعية الا زهاء ٤٨ ساعة فتبلغ اقصاها في الساعة الثلاثين والستين ثم تهبط هبوطاً نهائياً ويندر ان تبلغ الحرارة ٣٩ او ان تتجاوزها وعكس ذلك يقع فيمن يتفاعلون تفاعلات موهمة فان الحرارة تلازمهم اربعة ايام وتبلغ فيهم ٣٩ أو ٤٠ وهكذا الامر في الناقين من الدفتيريا كما ان تفاعلهم الموضعي شديد جداً حتى ان حادثة آرتوس قد تجلى فيهم .

العوارض : شاذة وذلك لما عرفناه من الحيلة الدقيقة في استحضار الديقان المعطل كما ان خلوه من الضرر المثبت بالتجربة صفة اساسية يتصف بها . وللبنية تأثيرها في كشف فعله لذا ترى العوارض واضحة جداً في ناقه من التزلة الوافدة لقح فاصيب بتفاعل موضعي شديد مع التهاب الجلد الضخامي وآلام عضلية واحمرار وحرارة بلغت الاربعين وترى هذه العوارض ايضاً في المحسوب فتعثره آلام رأس واقياء وحرارة مع زكام عيني انفي شديد . وقد صادف بعضهم آلام رأس واقياء واسهال ووذمة متعممة ، ومندفعات : شرى وحامى قرمزية الشكل وجميع هذه العوارض تزول بدون ما أثر بعد بضعة أيام وذكروا ايضاً حوادث ييلة دمية نادرة استمرت ١٨ ساعة سببها خلل في الكمية سابق ومن اشد العوارض وطأة ثلاث حالات فلجت فيها الاطراف السفلية فلجاً تاماً مع حرارة مرتفعة وفي احداها نوبة اختلاجية ففي كل ما ذكر كان الشفاء عفواً وسريعاً وتاماً ونسبة هذه العوارض الى الديقان المعطل فيها من الشك ولكن خلو التلقيح من الأذى لا يعني

الطبيب عن فحص من أراد تلقيحهم متى كانوا يفعاناً أو أولاداً كباراً لان مليون حقنة أجريت في فرنسا (ايلول سنة ١٩٢٨) ولم يعقبا حادث ذو شأن.

النتائج: وضعت الاحصاءات بعد تحري تفاعل شيك في المجتمعات (المدارس والكنائس والمستشفيات) قبل التلقيح وفيه وبمده خلال اربع سنوات وقد عويز الترياق في مصول الملقحين في بعض الحالات وكانت النتائج المحبنة عن سير الاوبئة وانتشارها مؤيدة لفعل التلقيح فقد أبان الفحص ان الحد الاصغر لعدد المنعنين ، سواء في البيئات السليمة او الموبوءة وبعد ثلاث حقن، ٩٧.٠ خلا بعض شواذ سند كرها بعد حين. ويكتسب الملقح مناعة بعد ٥ - ٨ أسابيع : ويبين لنا شيك ان المنعنين بعد الحقنة الاولى ٣٦.٠ وبعد الثانية ٨٨ - ٩٠.٠ وهذه المناعة تستمر طويلاً لان التفاعل المصلي اثبتها بعد اربع سنوات من التلقيح والمستقبل وحده يعين لنا هذه المدة ولكن لا بد من حقن ثلاث لاحراز هذه النتيجة الحسنة على ان هذه المناعة معرضة للنقصان : ففي الاشهر التي تلي التلقيح تأخذ بالحفة التدريجية وتبلغ بسرعة حداً ثابتاً يفوق كثيراً ما يجب ليكون شيك سليماً شاهداً على بقاء المناعة وليعلم ان هذه المناعة المكتسبة يشدد فعلها سريعاً بأمالين : الحقن بذفان معطل جديد ولا سيما تعفن خفي بمصية لقل . وهذا ما سماه - امون وزلر بالنشاط الجديد المكتسب الذي يسرع ظهوره

عوامل التغير : لا أعدد هنا الا العوامل المضعفة لقدرة اللقاح والواقية وهي قليلة اولها - انقاص فاصلات الحقن . ليست المدة التي ذكرناها سابقا الا الحد الاصغر فانقاصها معناه اضعاف هذه القدرة ؛ ولقد تبين ان الحقن الثلاث

إذا أُجريت في ٢١ يوماً يسقط بعد الحقنة الثالثة ، معدل تفاعلات شيك السلية الى ٨٩ .

ثانيها - اشراك الاستمصال الواقي اذا أُجري الاستمصال والتلقيح مما يسقط معدل الاشخاص المئمين الى ٨٥ - ٩٢ .

فالجمع بين المئاعين الفاعلة والمنفعلة لا يجوز اجراؤه الا في بعض الحالات الشاذة لان الذيفان المعطل يفعل فعله السريع ويقف في وجه الوافدة وهي في اشد وطأتها ولكن المناعة به ليست مطلقاً بل يبقى ١ - ٣ . من الاشخاص ، لاسباب مجهولة ورغم كل الجهود المتخذة مستعدين لقبول الداء وقد اثبت موزر ان حقنة رابعة بذيفان معطل تكسب صاحبها المناعة الاكيدة فيكون معدل المناعة قد بلغ مائة في المئة .

ثالثها -- كان المعدل ٩١ في المئة في بعض المجتمعات غير انه لا يخفى ان الاشخاص الذين يأوون الى هذه المؤسسات تكون قد خارت قواهم لانهم ناكهون من ادواء حادة او مزمنة اصابهم او لا يزالون يعانون مضضها .

الملقحون والدفتيريا : لقد اتفق المخبر والسريريات على ان المناعة تظهر بعد التلقيح بزمان وجيز واثناؤه احياناً وان المكث في بيئة موبوءة ظهرت فيها اصابات حديثة العهد لا خطر منه وهذا اكبر برهان على ما يتصف به الذيفان المعطل من الوقاية غير ان بعضهم قد صادفوا الدفتيريا في اشخاص ملقحين وليس ما يثبت هذه الاصابات وقد انكرها (زلر ومارتن) بتاتاً ولسنا ننكر ان البدوى قد تحدث قبل ان يكون الملقح قد احرز مناعة كافية فيصاب كيف لا والمضعفون لا يكتسبون المناعة الا بعد عدة اشهر .

التلقيحات المشتركة : لقد أدت التحريات الحرة بقصد إيجاد مناعة في الأشخاص المقاومين أو اكثارها في الآخرين برامون وزر ومرتن ولوازو ولافاي الى استعمال مواد غريبة اخرى وهي مواد غفل (تايبوكا) ولكن ظهر اخيراً ان بعض المحصولات الجرثومية كاللقاحات (البرويدون) التأثير نفسه ومنها اللقاحات التيفية (ت . أ . ب) التي عوضاً عن ان تفسد عمل الديقان المعطل تسهل فعله زد على ذلك ان المناعة يكتسبها الملقح بعد اجراء الحقن الثلاث .

التفاعلات الموضعية والعامة : تظهر واضحة بعد الحقنتين الاولى والثانية بالخاصة وتحمل موضعياً بالأم ووذمة متسعة احياناً وأحمرار وتتصف من الوجهة العامة بصداغ وغيان وحمل على ان كل هذه العوارض موقته لا تلبث ان تزول بعد ٦٢ ساعة ولا تتجاوز شدتها بل لا تبلغ ما يقع في الحقن بـ (ت . أ . ب) وحده ولقد اثبت البعض حصول مضض مؤلم يستمر عدة ايام في مكان الحقنة فبمن كان تفاعل شيك فيه ايجابياً ولكنه حادث عارض . أما طريقة العمل وفواصل الحقن فهي كما في الحقن بالديقان المعطل وحده فيكني الكهل ان يضاف الى حقنتي الديقان المعطل الاولين وفي الحقنة نفسها ١ سم من اللقاح ت . أ . ب ويضاف الى الاطفال بالنسبة الى اعمارهم ويظهر ان التلقيح المضاعف ضد الدفتيريا والكزاز باسراك الديقانات المعطلة معاً يكتسب المناعة . يتبين من كل ما ذكر ان قضية الدفتيريا التي لم يستطع الاستمصال البت فيها قد حلت او اوشكت ان تحل فليس علينا الآن الا ان نهني افسنا بهذا السلاح الماضي الذي وهبه لنا العلم وان نعلم ايضاً ان طريقة العمل هذه المتبعة في الدفتيريا يجوز اتباعها في انتانات اخرى مخيفة .

الحمل المشؤوم الطالع

الناجم من الزهري مع سلبية تفاعل واسرمان

ترجها طالب الطب السيد بشارة اسطفان

لداء الزهري تأثير في الحمل وقد نبه افكار الاطباء كثيراً حتى اصبحوا يسمعون وراءه في تحرياتهم السريرية والمصلية كلما شاهدوا حوادث اسقاط أو ولادة مبتمرة أو وليداً ميتاً أو موت الطفل الباكر أو تشوشاً في اعضائه دون ان يروا برهاناً واضحاً يمكنهم من تثبيت المرض مع ان اسباباً اخرى عديدة تؤثر في مدة الحمل وتجعله مشؤوماً .

فالى تلك الاسباب العديدة نجتمع ثلاث حالات جديدة لها الاهمية العظمى في الممارسة السريرية :

١ - الحمل المشؤوم ممكن في النساء القوابل اللواتي اطعن بالزهري الارثي مع ان تفاعل واسرمان سلبي ولم تظهر فيهن اعراض سريرية .

٢ - يشاهد الحمل المشؤوم في الزهري المكتسب على الرغم من مرور مدة طويلة على سلبية تفاعل واسرمان .

٣ - شوهد الحمل المشؤوم في أسر تعذر كشف الزهري فيها من الوجهتين السريرية والمصلية وكان تفاعل واسرمان سلبياً بطريقة داموليارد وتأثير المداواة الزرنيجية الحسن يثبت جرم المرض .

وخلاصة القول ان الزهري الابكم من الجهتين السريرية والمصلية يُفني الى حمل وخيم يجب ان يفكر فيه ويعالج معالجة اختبارية ولا سيما متى كان اسقاط على الرغم من تفاعل واسرمان السلبي ولا يثبت التشخيص الا اذا تكررت الاعراض ودرست درساً صارماً .

(١)

الحمل الوخيم العاقبة في الزهري الارثي وفي القوالب

السلبيات من الاعراض السريرية والمصلية

لاحظنا غالباً حوادث اسقاط عديدة في مستشفانا في مدة الحمل الاولى في الأُسْر المصابة بالزهري الارثي ولم يظهر فيها عرض واحد وكان تفاعل واسرمان سلبياً حتى بطريقة داموليارد . وبعض النساء لم يظهر فيهن عرض زهري في حديثهن والمعالجة المضادة للزهري كانت الواسطة الوحيدة لايصال الحمل الى مرحلته الاخيرة ولقد وقفنا على عدة مشاهدات نينها عند الحاجة ونسرد الآن مثلاً واحداً .

عائلة مؤلفة من اب عمره ٥٤ سنة وام عمرها ٤٤ يتمتع كلاهما بصحة حسنة . وفي سنة ١٩١٠ حصلت على ثقة الاب فأقر لي انه أصيب بالزهري في سن العشرين وظهرت فيه قرحة ونقاط وردي وعالجه فورنييه بحبوب ديبتران ومن ثم لم يظهر فيه ادنى عرض زهري وتفاعل واسرمان كان سلبياً فيه سنة ١٩١١ وفي امرأته ولكن هذه أسقطت بعد زواجها جينياً في اول سنة ١٨٨٧ ثم ولدت ثلاثة اولاد اصحاء وذلك في سنة ١٨٨٨ - ١٨٩٠ - ١٨٩١ وهؤلاء الاولاد متمتعون بصحة جيدة ولم يظهر فيهم

عارض سريري الا انه يرى في الجدار الايمن من صدر الابن وحة كبيرة وقد أجري لهم مؤخراً تفاعل واسرمان وكان سليماً بطريقة داموليوار. ثم تزوج الابناء الثلاثة : الابنة الكبيرة في عقدها الثاني سنة ١٩٠٨ وقد اسقطت المرة الاولى في الاشهر الثلاثة الاولى والمرة الثانية في شهرها السادس فاشار الطيب باجراء التفاعل الزهري الذي كان سليماً فيها وفي زوجها. وتزوج الابن في الثانية والعشرين سنة ١٩١٢ فاسقطت قرينته اولاً في الشهرين الاولين ثم مرة ثانية في الاشهر الاربعة الاولى واجري التفاعل وكان سليماً في الاثنين.

وتزوجت الابنة الثانية في سننها الحادية والعشرين سنة ٩١٢ فاسقطت ثلاث مرات والاسقاط الاول كان في الشهر الاول والاسقاط الثاني في الشهرين الاولين والاخير في الشهر الخامس من الحمل وكان التفاعل سليماً في الزوجين بطريقة داموليوار. ولقد مكنتني الحظ من معرفة الطيب المعالج لتلك العائلة التي عرفتها من زمن بعيد وأخبرته عن سابق الاب فلم يقتنع بسبب سلبية تفاعل واسرمان ولا نكار الاب سابقه المرضي ثم اشرنا باجراء التفاعل أخيراً وكان سليماً ايضاً فسالنا الاب لآخر مرة فاقر بظهور القرحة وبعد تطبيق المداواة الزرنخية كان الحمل طبيعياً في الثلاثة وكانت نتيجته : ثلاثة اطفال للابنة البكر واربعة للابن وطفلين للابنة الثانية

(٢)

الحمل الوخيم في الزهري المكتسب مع تفاعل واسرمان السلي
ان تلك المشاهدات الغريبة قليلة الحدوث في هذا الشكل ولكن

قد قبض لي ان أعين ثلاث حالات نسرد الحالة الاولى منها الآن :

رجل أصيب بداء الافرنج في سنة ٩٢٢ وعولج معالجة سيئة ويدعي ان تفاعل واسرمان كان سلبياً في اواخر السنة الاولى من مرضه و اشار عليه طبيبه ان يكف عن المداواة وسمح له بالزواج في سنة ٩٢٦ . عانت زوجته فكانت سليمة ولم يبدُ فيها عرض الزهري الارثي ولكنها اسقطت في الشهر الثاني وأجري التفاعل حسب رأي الطبيب علي اثر الاسقاط فكان ايجابياً في الزوجين فمالمهما معالجة قوية بالسيانور و٩١٤ وثابر على هذه المعالجة الى ان اصبح التفاعل سلبياً بعد اربع سنوات في الرجل وبعد ثلاث سنوات في المرأة حتى بطريقة داموليارد . وثور على المعالجة الفصيلة من سنة ٩١٩ - ٩٢٤ خوفاً من النكس : ثمان حقن اركاريتول (arqueritol) في شهري كانون الثاني وتموز ثم بالزيموت ١٢ حقنة في شهري نيسان وتشرين الاول . ولكن الزوجة اسقطت مرتين سنة ٩٢٣ في شهرها الثالث والرابع ومرتين سنة ٩٢٤ في شهرها الرابع وأجري التفاعل كل ستة اشهر فكان سلبياً في الاثنين بطريقة داموليارد فعاتيتها في اواخر سنة ٩٢٤ ولم أرَ سبباً ظاهراً للاسقاط فأشرنا بالمداواة المختلطة من ٩١٤ والبيزيموت وان لم يكن داء الزهري في دور الصولة فمولجا ايضا ثلاث مرات في خلال سنة ٩٢٥ واربع مرات في سنة ٩٢٦ وتفاعل واسرمان بقي سلبياً وفي عام ٩٢٥ اسقطت المرأة في الشهر السادس من الحمل وفي عام ٩٢٦ ولدت الزوجة ولادة مبتسرة وكان الوليد طبيعياً في الظاهر ولكنه فارق الحياة بعد اربع وعشرين ساعة وكان وزن المشيمة ٩١٠ غرامات . وقد ثابر

الزوجان على المعالجة المختلطة من ٩١٤ ومن البزموت الى ان ولدت المرأة ولادة طبيعية في شهر آب سنة ٩٢٧ وطفلها لم يزل حياً الى الآن ثم ولدت ايضاً ولداً ثانياً متمتعاً بصحة حسنة وثوبر على المداواة بالبزموت والزرنيخ في سنتي ٩٢٧ - ٩٢٨

(٣)

الحمل المشؤوم في الأسر التي لم يُكتشف فيها داء الزهري قد جمعت في تحرياتي ثلاث مشاهدات ولكني اسردُ واحدة منها وهي التي اتبعتها مع صديقي فرنك برنتانو رئيس فرع الحضانة في مستشفى بوجون الام عمرها ٣٥ سنة متمعة بصحة جيدة وجهها شاحب والاب عمره ٤٠ سنة قوي البنية لم يبدُ فيه الا شحوب عادي في وجهه تزوجا سنة ٩١٦ وكان الحمل الاول طبيعياً والطفل لم يزل حياً الى الآن ثم وقع حمل ثانٍ ولدت المرأة على اثره في آب ٩١٩ ولداً مات بعد ٢٤ ساعة من ولادته واعتبرت الام حرارة طالت عدة ايام اعتقدوا انها السبب في موت الطفل ولكن الولادات الاخيرة نفت ذلك . ففي تشرين الاول ٩٢٢ ولدت الام طفلاً عاش ١٥ يوماً وكان الحمل والولادة طبيعيتين ولم يُنسب موت الطفل الى الحمى كما في الحادث الاخير والوليد الذي كان قوياً في الايام الاولى اعتراه فواق وتقص متزايد في جميع وظائفه العضوية وقد شخص ثاريان تشوشاً في عضلات القلب مع اتصال بين البطينين ولقد أُجريت التحريات اللازمة سعيًا وراء الزهري ولم تظهر علامة واحدة منه من الوجهة السريرية والتفاعل بقي سليماً بعد ان حقن الزوجين ثلاث حقن سولفرسنول (Sulfarsenol)

واستعملت طريقة هاشت وداموليارد ذلك في شهر ايار سنة ١٩٢٣ . فاتفقت مع صديقي فينك برنتانو وينت لهما ان الزهري هو العلة الوحيدة في ذلك الجبل المشؤوم الطالع ولو لم يظهر فيهما عرض واحد مع استعمال الطرق الحديثة ففكرنا بعدئذ في الزهري الارثي واشرنا بالمعالجة المضادة للزهري قبل وقوع الحمل وبعده فرضي الزوجان بالمداواة نظراً الى ذكائهما وعظم رغبتهما في الاولاد فحملت المرأة حملاً رابعاً في شهر شباط ١٩٢٣ وثور على المعالجة من ٢٠ ايار الى ٢٧ حزيران اي الى الشهر الرابع من الحمل وكانت الكمية المأخوذة من السولفرسنول ٦,١٢ ثم ابتدأت المداواة الثانية في ١٨ تشرين الاول فولد الطفل الرابع في ١٩ تشرين الاول وبقي حياً الى يومنا هذا . وفي اواخر تشرين الاول سنة ١٩٢٤ وقع حمل خامس واخذت الام في شهرها الثالث من ١٨ كانون الثاني الى ١٥ ايار ١٩٢٤, ٨,٦٤ سولفرسنول وولد الطفل في حزيران سنة ١٩٢٥ قوي البنية وكان تفاعل واسرمان سليماً في ايار سنة ١٩٢٥ . وفي شهر نيسان ١٩٢٦ ظهر حمل سادس ولكن المداواة المضادة للزهري لم تؤخذ الا في الشهر السادس من الحمل لان الام كانت بعيدة عن باريس وكانت الكمية المأخوذة ٧,٠٦ غرامات من السولفرسنول مع بعض حقن من السيانونور وفي ٢١ كانون الثاني ألقت الام بعد ولادة طليعة طفلة وزنها ٣,٦٠٠ كيلو غراماً وكان يتزايد وزنها ٣٠ غراماً في اليوم ولكن في اليوم الثامن بعد الولادة اعترت الطفلة تشنجات عامة استمرت عشرة ايام الى ان زالت بعد فرك جسمها بالمساحيق الزبقية واخيراً وقع حمل سابع في حزيران ١٩٢٧ واخذت الحامل ٦,٦٠ غراماً من

السوانترسنول في شهرها الخامس من الحمل و١٦ ستمتراً مكعباً من خجاة
البزموث المكوفة وذلك من ٨ كانون الاول ١٩٢٧ الى ٢٥ شباط ١٩٢٨
ثم ولدت الام طفلة نشيطة في ٢٧ شباط ١٩٢٨ وزنها ٢.٨٠٠ كيلو غرام
ولقد اجري تفاعل واسرمان في الام في تشرين الاول ١٩٢٧ وكان طبيعياً
بطريقة داموليارد وكذلك في الطفل اثر ولادته .

وخلاصة القول : في الحمل الاول كان الولد طبيعياً دون معالجة قط وفي
الحمل الثاني مات المولود في اليوم الاول من ولادته وفي اليوم الخامس عشر
من الحمل الثالث على أثر آفة قلبية اما في الرابع والخامس والسادس والسابع
التي اجريت فيها المداواة الزرنيجية فكان الولدان قويا البنية نشاطاً الا
الطفلة التي ولدت في الحمل السادس وانتابها تشنج في اليوم الثامن من الولادة
وزال بعد القرء بمساحيق الزئبق .

ولانس ان المعالجة الزرنيجية لم تؤخذ الا مؤخراً اي في الشهر السادس
من الحمل اما في الرابع والخامس والسابع فقد بوشر بالمداواة في الشهر
الثالث والرابع والخامس من كل حمل وما سبب التشنجات التي شوهدت
في الطفلة الا تأخير المداواة المضادة للزهرى .

يصعب علينا في هذه المشاهدة ان نملل سلامة الحمل الاول الذي لم
تعالج المرأة في اثناؤه اقل معالجة والحملين الثاني والثالث الوخيمي العاقبة
اذن لا بد من وجود سبب متغلب هناك والبراهين المثبتة لداء الزهرى في
الاب والام والاطفال بالرغم من سلبية واسرمان هي :

١ - كثرة الموت في الاطفال فالزهرى هو السبب الاكبر (موت)

الطفلين الثاني والثالث).

٢ - فعل المداواة الزرعجية الحسن في الاطفال الرابع والخامس والسادس والسابع.

٣ - الاعراض التي ظهرت في الحمل السادس نفي بها التشنجات التي اعترت الطفلة في اليوم الثامن وكانت ناجمة من تأخير المداواة الزرعجية وزالت بعد ذلك الابنة بمساحيق الزئبق.

ولربما احتج البعض قائلاً ان تلك الاعراض ممكن وقوعها دون ان يكون للزهري أثر غير ان تلك البراهين المتابعة ترجح كفة الجزم في وجوده وان لم يكن هناك اعراض سريرية ومصلية.

هذه هي الحقيقة التي ليس بوسعنا انكارها لان الحمل المشؤوم يدعونا الى التحري عن الزهري والى ترجيح داء الافرنج ولو كانت الاعراض السريرية غائبة وتفاعل واسرمان سليبا بطريقة دامولياري فاذا لم يحجز لنا ان ثبت الداء في الحالة التي يكون فيها واسرمان سليبا جاز لنا التفكير فيه ووجب علينا اجراء المداواة المضادة للزهري قبل الحمل وفي سياقه على ان تكون تلك المداواة خفية في العائلات الجاهلة التي تهرب وجود المرض وظاهرة في العائلات المتعلمة مع شرحها لها كما فعلنا في الحالة السابقة.

اذن يلزم علينا في مشاهدات الحمل الوخيم العاقبة ان تتبع القواعد المطردة في العائلة المصابة بداء الزهري دون ان نجزم في وجود المرض او عدمه وان تعطى المداواة في وقوع الحمل اذا كان تفاعل واسرمان سليبا من اربع سنوات خلت على الاقل وكان الحمل السابق وخيماً او ظهر تشوش

في الاطفال المولودين او متى وجد الزهري الارثي في المرأة الولود واحدث تشويها في اعضائها ولا سيما اذا كانت تلك التشوشات قد انتقلت الى اولادها . والمداواة المتكل عليها في سياق الحمل هي المداواة الزرنيجية الجاوية غير ان المركبات الزرنيجية تحدث عراقيل خطيرة وان كانت نادرة في النساء الحبالى في ٩٠٠٠ مشاهدة في مستشفى مار انطون لم يحدث الاموت واحد من الزرنيج في امرأة حامل فية مصابة بالزهري الارثي مع ايجابية تفاعل واسرمان . وعدا الحوادث المسببة من مركبات الزرنيج نشاهد عوارض نوعية للحبل كنوبة (nitritofide) الرحمية والمشيمة التي تفضي الى الاسقاط وقد اوردنا حادثتين من هذا النوع .

وعلى الطبيب ان يداوي المرأة الحامل بتعقل وحكمة اكثر من بقية المرضى وان يشير بالمداواة السهلة المتال وان يكف عنها لدى ظهور اول عرض على ان يعود في المستقبل . واذا كان الزهري منيعاً على المداواة الزرنيجية يستعمل البزموت وقد تكون منه نتيجة حسنة كما في الحالة التي اوردتها الآن : امرأة فية عمرها ٣٤ سنة مصابة بزهري ارثي اسقطت خمس مرات من سنة ١٩٠٩ - ١٩١٢ في الاشهر الاولى من الحمل على الرغم من المداواة الزرنيجية وكان تفاعل واسرمان في ١٩١٣ ايجابياً فعولت بالزرنيج ولكنها لم تلبث ان اسقطت في الشهر السادس وتلقت في الحرب الكبرى سلسلة غير منتظمة من ٩١٤ ولكنها اسقطت ايضاً في ١٩١٧ في شهرها الخامس . وفي سنة ١٩١٨ بعد اخذ كميتين ٥.٢٥ و ٦ غرامات من ٩١٤ حملت حملاً طبيعياً وولدت طفلاً مات في اليوم الخامس وفي كانون الثاني ١٩١٩ كان

تفاعل واسرمان ايجائياً فاخذت المرأة من ٩١٤ ستة غرامات مع سيانور الزئبق ثم ٥,٢٥ من ٩١٤ ولكن التفاعل لم يزل ايجائياً بعد كل هذه المعالجة وكان الحمل الذي وقع في ١٩٢١ وخياً لآل الوليد خلق في الشهر الثامن ثم فارق الحياة بعد خمسة عشر يوماً من الولادة فيئست المرأة من حالتها ولم نعاينها الا في اواخر شهر شباط ١٩٢٣ وكان بدء الحمل ظاهراً فيها وقد فقدت طمثها من اول كانون الاول ١٩٢٢ وكان التفاعل ايجائياً والمريضة رفضت المداواة الزرنيخية فاجريت لها سلسلة من البزوت وبعد العلاج الثاني كاد يكون تفاعل واسرمان سليماً فيها . وفي انتهاء الحمل كان سليماً واضحاً ووضعت المرأة اخيراً ولداً وزنه ٣١٥٠ غراماً فعاش ولم يطرأ عليه حادث حتى الآن .

هذه هي صعوبات المداواة واهميتها في المرأة الحامل ولكنها اخف وطأة من الزهري الذي لم يعالج فعلياً اذن ان نعالج الحامل المصابة بالزهري او المشكوك في اصابها معالجة قوية دون ان نمأ بهذه المخاطر وهذه المعلومات الجديدة التي تمكن الاطباء من مكافحة الزهري في الجبل المشؤوم رغم غياب الاعراض السريرية وسلبية واسرمان وتدعوهم الى المعالجة النوعية ويمكن الجوامل من ولادة الاطفال الاصحاء .



معالجة السرطان بالادوية الكيماوية

لوريش :

قدم الاستاذان غرنفلت وأم (grynfeldt, Aimes) الى الجمعية الطبية في مونيخ تقريراً عن مداواة السرطان بالادوية الكيماوية اذعما بالبراهين الاختبارية والملاحظات . وقد اختبر لوريش ذلك عشرين سنة وسنأتي على ارائه . كان جابولاي (Jaboulay) يستعمل ملاح الكينين ويعتقد بفائدتها وادعى غوب وجرس (gaube , gers) ان ملاح النحاس مفيدة في بعض انواع السرطان وتوصل واسرمن الى شفاء الاورام المحدثه اختاراً في القيوان بتجربتها ملاح السليوم . ثم جرب دوبار (Dubar) ودلبه (Delbet) ملاح المغنيزيوم في تبديل البنية السرطانية فوفقا و اضاف روبن (Robin) الى المغنيزيوم الكلس والصوان والحديد . ويعتقد بلربل (Blair Bell) بفائدة ملاح الرصاص استعمل الاستاذ لوريش منذ سنة ٩١٢ بعض هذه الادوية فلم يحسن مرضاه من السليوم فائدة تذكر . غير ان طبيباً قد اصاب بالسرطان فاستعمله بدقة وقد شفي . وللسليوم محذور كبير وهو احداثه تفاعلات شديدة .

المغنيزيا : جني منها بعض القوائد وقد تم الشفاء بتأثيرها في حادثتين : سرطان كبدي وسرطان معوي . ويرتأي دوبار اشراكها مع حمض الفوسفور اذ ثبت لديه فائدتها حتى انه اخذ يعدل عن اجراء التوسطات الجراحية في بعض سرطانات المعدة . ثم اخذ دلبه بالبحث عن فائدة ملاح المغنيزيوم فائنت فائدتها في وقاية السرطان .

النحاس : جرب لوريش ملاح النحاس الغروية فلم تفد الا في تسكين الألم فقط واستعملها في سرطان معدي فهجعت الآلام ولم يتبدل سير المرض وقد مات المريض بعد ثلاثة اشهر متأثراً من نزف داخلي غير انه لم يشك الا لم طول هذه المدة .

اشراك الحماز بالمغزيا : جرب لوريش ذلك في رجل له من العمر سبعون عاماً مصاب بسرطان الركبة فشفي .

الكسبين : جربه لوريش في مريضة مصابة بسرطان المرارة فهجعت الآلام ولم يتبدل سير المرض .

طريقة لوريش الحالية : يستعمل لمرضاه المصابين بالسرطان سواء بضعوا ام لم يبضعوا حقناً في باطن الورم او تحت الجلد مركبة من زيتات (olente) النحاس والمغزيا المضاعفة ويعطي داخلاً اقراصاً من الصوان والمغزيا .
ش . م ش .



غادرنا الزميل الفاضل الدكتور شوكة القنواقي الى ديار الغرب موفداً من قبل الحكومة على اثر اقتراح عميد الجامعة السورية الاستاذ المحترم رضا بك سعيد ارساله للاختصاص بفن الولادة وامراض النساء .

هذا وان ما اتصف به هذا الشاب من علو الهمة والنشاط يجعلنا نأمل له مستقبلاً زاهراً وفقه الله وباعاده الينا سالماً مزوداً بما ينفع به بلاده من علم وعمل .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في حزيران سنة ١٩٣١ م الموافق لمحرم سنة ١٣٥٠

تناذر syndrome زحاري الشكل

مصلي المنشأ عولج بالأميتين

للدكتور ترايو استاذ السريريّات الطبية وطبيب المستشفيات السكرية

ترجها الدكتور عزة مريد الطيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ذكر المؤلفون بين عوارض الاستمصال (sérothérapie) الاسهال مع اختلالات هضمية مختلفة دون ان يعلقوا عليه شيئاً آخر غير اننا لم نصادف في حياتنا الطبية مشاهدة شبيهة بالمشاهدة التي نوردّها حيث كان الاسهال بعدده اليومي المتزايد يتجلّى بمظهر زحاري الشكل (dysentérique) فتخليق بنا والحالة هذه ان نضم الى الاشكال السريرية المعروفة لمرض المصل الشكل الحمي ، المفصلي ، الشروي (urticarienne) والقريري (purpurique) شكلاً جديداً ندعوه بالشكل الزحاري وهذه مشاهدة مريضة :

المدعو س . . من الفرقة الثالثة واثنان للمرضى العسكريين وصل الى الشرق آتياً من مرسيلية في ١٦ آذار وبعد ان مر اسبوع على وصوله ادخل في شعبة امراض الاذن والانف والحنجرة في مستشفى القديس حنا في بيروت لاصابته بحمى اللوزة وفي ٢٩ منه علت حرارته فجأة ورافقها عك عام فكان ذلك داعياً الى نقله لشعبة الامراض الداخلية وفي ٣٠ منه صباحاً أصغى الى صدره فكتشفت فيه بؤرة كبيرة تسمع فيها خراخر فرقية خفيفة (sous crepitant) حذاء قاعدة الرئة اليمنى وكذا تحت الترقوة اليمنى وشكا المريض اثناء ذلك ألماً حاداً في المعصم الايمن مع احتياج الناحية المشطية واحمرار الجلد وتحدد حركتي الطفل والبسط لشدة الألم واليد ثابتة في وضعة البسط فضمد المعصم بالشاش وثبت بقطعة من الخشب وبوشاح (Echarpe) ؛ ولم يكن المريض أصيب برئة ولا بسلان وفي ٣١ منه علت الحرارة الى الاربعين ولم تكن صفصافة المائل لتخفف شدة آلام المعصم واما العلامات الرئوية فاستمرت فحقن المريض في ذلك اليوم واليوم الذي تلاه بثمانين سم^٣ من المصل المضاد للكورات الرئوية المتعدد القوى (serum antipneu-mococcique polyvalent) وفي ٢ نيسان خفت الحرارة في القاعدة اليمنى وزالت آلام المعصم جميعا والتورم والاحمرار والعجز (impotence) فحررت اليد من جهازها غير ان توقف المصل المضاد للكورات الرئوية عشية ذلك اليوم لم يمنع المعصم عن ان يصاب بدوره مع احتياج وحرارة موضعية وآلام حادة وعجز وطني فثبت هذا ايضاً بقطعة من الخشب وضمد من الشاش ووشاح وثوبر على الحقن بالمصل يومياً بالمقادير السابقة وفي ٦ نيسان زالت الاعراض المفصلية من المعصم الايسر وفي ١٣ منه كان المعصمان سليمين وكان مجموع ما حقن به المريض من المصل ٦٠٠ سم^٣ ولم يبق من العلامات الرئوية سوى بعض احتكاكات جنسية في القاعدتين غير ان المريض اصيب منذ ثلاثة ايام باسهالات متكررة واعتبرته في ١٤ نيسان عوارض مصلية متصفة بآلام مفصلية حذاء المفاصل التي كانت مريضة مع مندفعات أنجيرية (orliées) وصفية متممة في سائر الجسم واما الاسهال فقد استمر في الايام التالية وكان عدده ١٣ - ١٥ مرة في اليوم وما زال آخذاً بالازدياد حتى بلغ ٢٥ مرة في ١٦ نيسان وكان البراز غزيراً سائلاً مخضباً بالصفراء احياناً بدون قداد (épreinte) ولا زحير (tenesme) ولا مخاط ولا دم . واما الفحص المجري المتكرر فلم يكشف الا توسفاً معوياً بدون متحولات (amibes) ولا اكياس

وقد نحل المريض وفقر دمه وفي ١٥ نيسان فحص الدم فكانت النتيجة كما يلي :

الكريات الحمراء	٣,٤٦٧٥٠٠	
الكريات البيض	٩٥٠٠	منها :
كثيرات النوى المعتلة	٨٤,٣	%
كثيرات النوى الحامضة	٢	%
وحيدات النواة الكبيرة	٨,٤	%
بلمفيات (Lymphocytes)	٤	%
اشكال انتقالية	١	%

ثم زالت العوارض المصلية من احمرار وآلام مفصليّة بعد ثلاثة ايام وقد عولج المريض بالأمّتين منذ ١٥ نيسان فكان تحسنه كبيراً فإن الاسهال قصص عدده بعد اربعة ايام الى مرتين واستعاد المريض قوته وتورد وجهه وزاد اشتهاؤه واقتربت حرارته من الدرجة الطبيعيّة .



هذه هي مشاهدتنا الجديرة بالانتباه وعلينا ان نحفظ منها اولاً تأثير المصل المضاد للمكورات الرئوية الحسن في الاصابات المفصليّة وكان مريضنا من زمرة المصابين بادواء المكورات الرئوية القادمة من فرنسا مع جنودنا القتلى — وفي هذه الزمرة اصاب مريض بذات الرئة الصريحة فتمرقلت بالتهاب متقيح في مفصل المرفق الايمن وقد كاد الجراح يتوسط لولم يمت المريض من آفته الرئوية وان ظهور التهاب مفصل المرفق المتقيح بهذه السرعة العجيبة في هذا المريض قد دعانا الى استعمال مقادير كبيرة من المصل لمريضنا الاول الذي ما لبث التهاب معصيه ان توقف رغم انه كان سائراً الى

التقيح ودليلنا على ذلك شدة الاحمرار وعلو الحرارة والانتباج ففعل هذا المصل العجيب اذن جدير بالذكر غير ان مشاهدتنا تتعلق بالتناذر الزحاري الشكل الذي ظهر في المريض مصاحباً لبقية العوارض المصلية واول ما خطر لنا ونحن امام هذا المريض إصابته بالزحار لانه في بيئة موبوءة بهذا الداء غير اننا لم نلبث ان نبذنا هذه الفكرة استناداً الى الفحوص المخبرية المتكررة (خمس فحوص متوالية) التي لم تكشف المتحولات فيها والى فقدان العلامات السريرية المعتادة فلا زحير ولا قداد اثناء التغوط ولا مخاط ولا دم في البراز وقد علمنا ان مريضنا أبجر منذ اسبوع من مرسلية آتياً الى بيروت دون ان يترك الباخرة في طريقه ابدأ ثم عسكر زهاء اسبوع في معسكر خال من الزحار المتحولي وعرفنا انه كان قد اصيب بنوب اسهال مصلية المنشأ ايضا اعترته على اثر حقنه بـ ٤٠ سم ٣ من المصل المضاد للخنق ولم يكن اصيب قبل تطبيق المصل باسهال ابدأ وقد تقدمت اسهالاته ببضعة ايام المتدفعات الخارجية على ان باستور فاليري رادو ذكر شيئاً شديداً بهذا وهو تقدم التهاب العقد البلغمية المزمن التعمم المصلي على المتدفعات ولما كان للأمتين في هذا المريض فعل حسن بانقاصه عدد التغوطات فان هذه القضية تهتما من جهتين : اولا لكون الامتين لا يفعل فقط في الاسهالات المتحولية المنشأ وثانياً لان الاسهال الزحاري الشكل نوع جديد لم يذكره احد من المؤلفين حتى الآن بين عوارض الاستمصال جدير بان يضاف الى الاشكال السريرية الاخرى المعروفة .

في السرطان

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور عبد الحليم العلمي

السرطان مرض يتصف بتكاثر الخلايا، تكاثراً شاذاً فوضوياً، يؤدي الى تشكيل ورم في احد ارجاء العضوية، لا يلبث ان يأخذ في النمو، فيطمو على النسيج المجاورة ويخربها، وتفرز خلاياه مواد سامة، تنتشر بالطريقين البلغمي والدموي. وهو ورم خبيث، اذا استؤصل ينكس، ويؤدي بسبب ما يجلبه من التخريب والتسمم، الى فناء العضوية فناء لا مرد له. ان كلمة السرطان، المستعارة من اسم السرطان البحري «carbe»، توافق كل الموافقة لحيأة الورم السرطاني، من حيث كثرة تفرعاته المتشعبة في النسيج المجاورة، التي تقابل الارجل الملقطة الشكل، والقوائم العديدة من جسم الحيوان المذكور.

وينقسم الورم السرطاني من حيث منشئه الى ورم بشري او ابليوما، ويتكون في اعضاء خلاياها بشرية (ابليالية)، والى ورم ضام او غفلي (سار كوم) وينمى في النسيج التي تؤلف اسس اجهزتنا المختلفة، والى ورم مضغي (embryome) لا ينمى على النسيج الكهله بل من تشوهات مضغية تشابه تركيبتها بعض الشبه نسيج المضغة (embryons) نفسها والعادة في سير

المرض انه يبدأ بمقيدة صغيرة قاسية ، غير واضحة الحدود ، ليس في محيطها تفاعل التهابي، وهذه هي الصفحة الموضعية « phase local » ، ثم يمتد النسيج الجديد التشكل ، من هذه البؤرة الوحيدة ، الى ما جاوره ، مستولياً على العروق اللمفية (lymphatiques) والدموية وهي الصفحة الناحية « phase régionale » ، فينتقل بواسطتها الى مسافات متفاوتة البعد وهي صفحة النعم « p.de généralisation » ، فينجم من ذلك ظهور اورام تالية ، تشبه نموذج الورم الاصيلي ، من حيث التركيب الخلوي .

ومما يجدر ذكره ، كون السرطان غير مؤلم في بدئه حتى في قسم كبير من ادوار نموه، الامر الذي يجعل المرضى الايمودوا طيباً اذ ذاك، وان عادوه في زمن انتشار الآفة ، اي حين يصبح التوسط الجراحي صعباً وعاجزاً عن قطع شأفتها مع ان نزفاً خفيفاً يعترى المريض فوراً وبدون ما سبب او نزفاً يحده مرض خفيف كان كافياً لتنبه افكار المريض. وهذا النزف علامة جيدة تدل على البدء : فاليلة الدموية (hematurie) ، والنزف الرحمي ، والتبرز الدموي، تعد خير كاشف لسرطان دفين في السكيلة ، او في المثانة ، او في عنق الرحم ، او في الانبوب الهضمي .

وقد تكون صعوبة اجراء الوظيفة احياناً ، او التشنج المؤلم ، منهاها هاماً كما ان الانسداد المعوي الجزئي ، او نوب القولنج فيه قد تدل على سرطان القولون ، وعسر البلع يدل على سرطان المريء .

وتنمو الآفات الباطنة نمواً خصباً في مدة طويلة ، ومتى كان السرطان سهل المثال كان التفكير به واجباً في كل ورم ، او تقرح ، يظهر

وهلة في كهل او شخص ناهز الخمسين من عمره .

واول ما تحرى في الورم الصلابة ، فكل عقيدة صلبة القوام ، مبهمة الحدود ، غير مظروفة ولا مؤلمة ، او كل تقرح مستقر على قاعدة قاسية ، او عقيدة ظهرت دون ما سبب بين ، في كهل كافية للفت انظارنا الى السرطان وبناء على ذلك ، يجب ان نبادر حالاً الى اجراء مس شرجي او مهلي ، في كهل او شيخ يشتكي فقر دم ، او هزالاً ، او تشوشات مبهمة عامة بدون ان يعرف سببها فلعل سرطانا يكون قد استروراءها ومتراً ينافسها مخاطيا كالرق (parcheminée) او بقعة صلبة دائمة لا قل مس كان علينا ان نضع السرطان امام عيننا والخزعة «Biopsie» وحدها هي التي تجلونا التشخيص في حالات التردد بين السرطان وورم آخر سليم ، او آفة النهاية مزمنة ، وتتخذ هذه من منطقة التكر ، التي طمت على النسيج المجاورة السليمة بملقط ومجوب (emporte pièce) او بمشرط ، او بمقص وملقط مسنن ، ثم تلقى في سائل مثبت كسائل بوان او في الفورمول ٥ ٪ او الكحول ٩٠ ٪ ويرسل بها للمختبر . ولندكر ان في اخذ الخزعة كل الخطر وهو تجديد المستعمرات السرطانية او هجمة ذات العروق البلغمية ، فلا يجوز اخذها الا في حالات الشك التام او في بدء الورم ، واذا عاد الجواب مثبتاً في سرطان الثدي وجب استئصال الثدي في الوقت نفسه .

وهناك طرق فحص مستعجلة ، تمكن النسجي من اعطاء الجواب في ٤ - ٥ دقائق بعد اقتطاع الخزعة وهي طريقة التجميد (congélation) ومن وسائط الفحص التي تستخدم في بعض الحالات ، التنظر الداخلي

(اندوسكوبي) ، والتنظر الشعاعي (راديوسكوبي) والتصوير الشعاعي (راديوغرافي) ، كما ان المختبر يعيننا على تحري الخلايا السرطانية في المائع ، وعلى اظهار النزوف الخفية ، وحينما يكون تفاعل بوتلاو (Bothello) (وهو تفاعل خططي) مثبتاً تكوز له بعض القيمة في التشخيص ، ويجب اجراء فتح البطن الاستقصائي حينما لا تكفي الفحوص الاخرى لاطهار الحقيقة . ان نمو الورم المتتابع وامتداده سطحاً وعمقاً ، يلفتان نظرنا الى دور الصولة الذي يوافق الصفحة الناحية المذكورة سابقاً . فالصلابة ، والنزف ، وتشوش الوظيفة ، لا توجب الشك في علامات الاحتمال بل تلحق بعلامات اليقين . اذا اصبحت العقد تصبح صغيرة ، صلبة ، متحركة في ساحة الناحية المصابة ، وحياناً في الساحة المقابلة لها وتلتصق اخيراً بالجلد ثم تنقرح عليه ، وتفترق العقد الملتهبة عنها بكونها اكبر ، واشد ايلاماً ، ومحاطة بمنطقة النهاية ، واذا اختلط الالتهاب والسرطان في العقدة ، تنقيح اولاً ، وتنقرح اخيراً .

واذا اخذ السرطان في الازدياد ، يصل الى دور التعمم ويستولي على الاعصاب ، او يضغطها ، فتصبح الآلام المحتملة آلاماً مبرحة ، وتكثر النزوف وتكرر ، وتنمغن القروح ، ويؤدي الامر في النتيجة الى حصول ذات الوريد (phlébite) او ذات الرئة والقصات ، او ينتقل المرض للكبد التي تضخم وتنقسم وتنحذب (Bosselé) ، او للرئة التي تبدي مناطق مظلمة على درئية التنظر الشعاعي ، (écran radioscopique) او للعظام التي ترى فيها فجوات (lacunes) عديدة ، او لكل الاحشاء بصورة متعممة ،

فيهزل المريض المسموم بتاج الآفة السرطانية تدريجاً ، ويفقر دمه ، ويشحب لونه ، ولا تلبث ان تظهر فيه الودمة (œdème) ، ثم تنطفيء شعله حياته بالدنف (cachexie) السرطاني ، فتارة تكون هذه المدة سريعة جداً اسابيع او اشهرأ ، وطوراً تمتد حتى السنة واكثر ، وهكذا يهلك بالسرطان ما يقارب ٤٠,٠٠٠ نسمة في فرنسا ويموت ما ينيف على ٥٠٠,٠٠٠ نسمة في أنحاء المعمور المختلفة .



هذا هو كل ما يعلم ويقال عن السرطان تقريباً ، فشيوعه وخطورته مع السل وداء الافرنج وداء الكحول هي لعمرى احدى رزايا البشرية الفنية لها . واما سببه ، نعم سببه ، ذلك البحث الذي تتوق النفس الى معرفة كنهه ، فهو المسألة المعقدة ، بل اللغز المبهم ، والاحجية التي لم ولما تحل ، لان المرض عدا تظاهراته السريرية او النسجية يبقى محتفظاً بسره .

ان العمل الوحيد الذي يتطلب منا هو التشخيص والمداواة الباكران ، وهما هما النقطان اللتان لا افتأ ألح عليكم بهما وقد لخصوا له بضعة اسباب مهيئة : منها تأثير السن ، وهو امر مؤكد ، اذ ان السرطان اكثر ما يلاحظ في الكهول والشيوخ ، بين ٤٠ -- ٦٠ سنة . ومنها تأثير الجنس ، الذي يجعل توضع السرطان مختلفا ، فسرطان الانبوب الهضمي يلاحظ في الرجل اكثر من المرأة ، وسرطان الاعضاء التناسلية يُرى في هذه اكثر من الرجل ويقول لوميّار ان السرطان يظهر على نسج او اعضاء مصابة اصابة سابقة او

على آفات ندية مرت مدة عليها .

وبعض المهن التي تستعمل فيها بعض المواد الكيماوية ، كالانيلين والقطران ومشتقاته ، تدفع للسرطان جزية كبيرة كما ان الاشعاعين (radiographes) المعرضين للمخزشات الطبيعية ، يذهبون غالبا ضحية مهتهم بظهور سرطان الاشعاعين فيهم . ولا ينكر ما للرضوض المتكررة ، والحك واستئصال الاورام السليمة استئصالا ناقصا ، من التأثير في ظهور السرطان وليست المخزشات الآلية باقل تأثيراً من ذلك ، فان السن النخرة تعرض صاحبها لسرطان اللسان ، وكتلة الغائط لسرطان الشرج .

ولم يثبت حتى الآن ان رضاً وحيداً فجائياً يكفي لاجداث السرطان ولو نسب المرضى اليه ذلك كما هو الامر في سرطان الثدي الذي تنسبه المريضة الى صدمة اصابت ثديها . فما هذا الا صدفة يقتنع بصحتها فكر المريضة واذا كانت جميع المخزشات الكيماوية والطبيعية (physiques) والآلية (mécaniques) تحدث آفات مزمنة وندية في النهاية او ما نسميه حالات سابقة للسرطان قد تقضي الى سرطان حقيقي ، او بالاحرى الى سرطانات فان السرطان باستطاعته ايضا ان يظهر في النسيج السالم .

ومن الاسباب ايضا السراية والوراثة ، فقد ذكروا قرى ومنازل سرطانية ، واقفاصاً سرطانية للفيران المستخدمة في التحريات المخبرية . غير ان كل هذا لا يخرج عن دائرة الصدفة لانه لم يقم حتى الآن الدليل على صحته فليس السرطان معديا كما يتبين من التحريات ولا هو متقل بالارث مباشرة ولعله لو ورث الشخص استعدادا او لعل المرض (arthritisme) او الزهري

صالحة لنموه والحقيقة هي ان السرطان يظهر غالباً في الافرنجيين، كما ان التربة القابلة للتسرطن، تتهياً أولاً حسب رأي بعضهم بنقص بعض الملاح المعدنية او حسب رأي الآخرين بنقص مفرزات الغدد ذات الافراغ الداخلي التي شاخت في زمن الایاس (ménopause).

وربما كان للماء بعض التأثير فلاح البوتاس تهییء للسرطان او تناسبه . ملاح الكلسيوم والمغنيزيوم تمنعه ولكن كل ما ذكر من الاسباب المعاونة عاجز عن ان يفسر لنا سبب تحول الخلايا الطبيعية في بعض الاشخاص الى خلايا سرطانية في زمن من ادوار الحياة مع ان في هذا التعليل كل المسألة، فالنسجيون الذين يرون السرطان علي المقاطع، ينسبونه الى الحوادث الخلوية والجراحون الذين يتقون هجرة السرطان وانتشاره يتفكرون في منشئه العفني ولعل العامل المرضي حمة راشحة (virus filtrant) لم تكشف بعد لان جميع التحريات التي قام بها العلماء حتى الان لم تثمر .

وقد زعم « غي Gye » من لوندرة انه توصل الى استنبات الحمة الراشحة في الورم العفلي (الساركوم) العفني في الدجاج والتلقيح بها هو امر لا يزال قيد المناقشة .

كيف يتسنى لنا اذن ان ندفع هذا البلاء ونقاومه؟ يتم لنا ذلك بان نبذل جهدنا، ونسعى طاقتنا لتعديل التربة القابلة للتسرطن، وذلك بمعالجة الزهريين معالجة جدية حتى الشفاء، وبملاحظة المصابين قديما منهم بعد عقدهم الرابع. ولنعلم كل العلم، ان الآفة السرطانية في مصاب بالزهري، لا ولن تحسن بل بالعكس تشدد، اذا وجهت اليها المعالجة التجريبية . ويجب

حذف كل سبب موضعي مخرش ، وكل مرض خفيف متكرر ، وكل ندبة معية ، وآفة النهاية مزمنة ، كالتهاب الثدي والقروح والبواسير ولويحات الطلا (leucoplasic) وتكثفات (cronos) الشيخوخة والحولاسيا في الأسر المصابة قبلاً بحالات سرطانية .

ويلزم لزوماً مبرماً ، استئصال الاورام السليمة ظاهراً ، كالاورام الغدية والاورام الحليمية ، دون تخريشها بالمعالجات المطلقة ، التي تذهب ادراج الرياح .

ويجب اجتناب كل ما من شأنه اخلال توازن العضوية ، اخلاً ماديّاً او معنوياً ، واتخاذ الوسائط الصحية بكل ما في هذه الكلمة من معنى ، لكي يبقى ذلك التوازن .

ومتى ذهب هذه الطرق الواقية بدون جدوى ، نطرح آتئذ مسألة المعالجة على بساط البحث .

وهناك سؤال يطرحه كل انسان وهو هل السرطان قابل للشفاء ؟ نعم . اذا عني بالمعالجة امكن تأجيل امد الحياة الى عدة سنين ، ٢٠-٢٥ سنة ، اذا ازيلت الآفة منذ بدء الصفحة المرضية التي تكلفنا عنها . وكلا . اذا مرت هذه الصفحة الى الصفحة الناحية ، لان الموت يصبح على قاب قوسين او ادنى ، ولكن ما لا يدرك كله ، لا يترك جله ، فقد قال روغو (Regaud) « اذا صعب اتقاء السرطان فليترك الموت بالسرطان بمداواته مداواة عاجلة . » فالتشخيص الباكر ، اذن يعد من الأسس الهامة ، بل هو كل الاسس ، لان الطريقة الوحيدة لايقاف السرطان عند حده ، هي هدمه وتخريبه منذ

تشخيصه بدون اقل إبطاء .

ولا يستطيع هذا التخریب الا اذا عولج في بدئه . اي في صفحته
الموضعية ، او في صفحته الناحية على الاقل ولعلم ان التخریب الموضعي .
متى استطیع اليه سيلاً بعد وهما متى هجرت الخلايا السرطانية .
فالتشخيص الباكر ، والتوسط الباكر ، هما عنصران اساسيان في شفاء
السرطان . أيأ كانت صيفته النسجية والانذار المستند الى هذه الصيغة يكون
غالباً خادعاً .

السرطان يشق ، ولكن اذا خرب في مرحلته الاولى ، وطريقتان
تمكنا من ذلك وهما المعالجة الجراحية والاشعاع . وقد جربت اللقاحات
والمصول وخلصات الغدد والخ... ولكنها باءت جميعها بالفشل . فالجراحة
وحدها ، هي التي تنتزع المرض من جذوره ، انتزاعاً واسعاً ، بسلخ جميع
المنطقة المشتبه بها ، مع جميع التشكلات الجديدة فيها ، والانتشارات
البلغمية ، ويجب تجاوز حدود الآفة ، زهاء اربعة سنتيمترات على الاقل وازالة
الورم برمته كتلة واحدة ، مع كل ماله علاقة به ، من العقد ، والاعوية
البلغمية ، والنسيج الخلوي المحيط بالورم ، ولنسر في عملنا من الاقسام
السليمة الى المريضة ، فنكون قد قطعنا حبل الصلة ، ومنعنا الهجرة ، بين البؤرة
السرطانية وانحاء البدن الاخرى .

وليتبه الى طهارة خلايا الجرح ، ولتبعد الطعوم (greffes) الممكن
حصولها بتغيير القفاذات والآلات الجراحية بعد كل زمن من ازمة العملية
التي هي انتزاع المنطقة العقدية واستئصال الورم وخياطة الجرح — ولا يجوز

ان ترشف الدماء بالرفادة نفسها ، اكثر من مرة واحدة ، وليستعمل الشرط الكهر بائي الذي يعقم وهو يقطع ، ويغلق سبل الهجرة حيث سار الخ...والخ... وليعلم انه اذا بقيت منطقة مزروعة ، فالنكس الموضعي حاصل لاحالة ، واذا اهملت عقد متنته فالنكس يصبح ناحياً ، واذا عولج السرطان في الزمن الاخير ، تحصل تنقلات حمة فالتوسط في الزمن المناسب هو كل شيء ، فاذا أجريت العملية جيداً وخربت الآفة تخريباً واسعاً (والجراحة وحدها تقوم بذلك) منذ بدئها وققت سير الآفة بضع سنين ، ومتى مرت ثلاث سنوات جاز لنا القول ان الآفة قد شفيت غير ان هذه القاعدة لا تخلو من الشواذ فالنكس بعد ٥ - ١٠ - ٢٠ سنة ممكن الحصول ، لان الانتقالات المتأخرة تأخذ في النمو بعد حذف البؤرة الاصلية .



والاستشعاع بالاشعة المجهولة او الراديوم ، يخرب كلها السرطان بقتله خلاياه الامهات حين اقسامها ، والسرطان يتأثر بالاشعاع ، (radio-sensible) كلما كان عدد خلاياه الآخذة في الانقسام كثيراً ولهذا فان اشارة الانقسام النووي (index karyokinétique) المتحررة اولاً ، تمكنا من تعيين قوة الاشعة التي يراد توجيهها وحدتها بصورة تقريبية ، لانه اذا لم تطبق الكمية الكافية من الاشعة دفعة واحدة ينكس السرطان ، ثم تسمى خلاياه البتات منيعة على الاشعاع فليجأ بهذه المعالجة الى اختصاصي ماهر ، مجهز

بأتم الآلات واحدها .

ولا تفعل الاشعة جيداً الا في السرطانات السطحية ، كما لو كانت في الوجه ، او الجلد ، او عنق الرحم ، وهي في الوقت نفسه افضل الانواع الصالحة للجراحة ، ولا تفعل الا بصعوبة في السرطانات العميقة ، كسرطان الانبوب الهضمي ، او الكلى ، او الرحم والح التي هي اشد خطراً والتي في شفاؤها بالاشعة وبدون اللجوء الى الجراحة البائرة حل الفائدة ويجوز ان تشتترك الاشعة والجراحة معاً ، ولكن لم يتفق بعد على استطبائهما .

ولا تكون المعالجة الا ملطفة متى قدم المهد على السرطان ولم يعالج او متى تعمم او نكس ، لان الجراحة لا حيلة لها فيه حينئذٍ وتقتصر معالجته على المعالجة الطيبة .

فالجراحة تنظف ، الجراحة تطهر ، الجراحة تزيل السكتل المبرعمة (bourgeonnantes) وتمنع النزوف المكررة ، بالجرف او بالربط البعيد ، كما في سرطان اللسان ، والجراحة تبطل الآلام بقطعها الطرق الناقلة لها ، وتزيل الضغط عن الدماغ ، اذا كان الورم دماغياً ، وتحول مجرى المواد ، اذا كان مقر الورم في المعى ، وتغير مسير البول اذا احتاجت المثانة الى الراحة والح... والاستشعاع الخفيف يخفف الألم ويعقم البراعم ، ويسهل للجراحة عملها ، والاستشعاع الشديد يبعث في البنية سموماً مميتة .

ويستعمل الاستحراق (ديارمي) والكاويات متى لم يكن سبيل الى الاستشعاع والمعالجة الطيبة ، تحفظ الحالة العامة ، وتقوم بمحقن الملاح نظيرة الغراء colloïdaux القاتلة لخلايا السرطان (كالنحاس والسليوم) او

المواد المشعة النشطة (radio-active) (كبرومور المزوتوريوم)
(bromure de mesothorium) التي من خواصها أنها تبطيء فعل الشعب .
وتسكن الآلام بالمسكنات (كالباثوبون والمورفين) ، بأن تبدأ بالمقادير
الخفيفة منها لاجتناب الاعتياد وبذلك تطول ساعات الحياة ، وتصبح النهاية
أخف مشقة .

هذه هي الاسلحة التي تذرع بها اليوم ضد السرطان . وقد ظهر بريق
امل آخر ولكننا نقول حتى الآن ان الجراحة او الاستشعاع لا يشفي الا اذا
لم يتجاوز السرطان صفحته الموضعية ، فالشفاء اذن متعلق بالتشخيص
الباكر ، الذي توصل اليه ، بعلاماته المحتملة دون ان تنتظر علاماته
الاكيدة . اذ باجراء التخريب الواسع ، واستئصال شأفة المرض ، منذ بدئه
وبدون اقل ابطاء نجحي كثيراً من ضحايا السرطان . وهو الهدف الاسمي
الذي نرقبه ، والضالة المنشودة التي نصبو اليها .



نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السليبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

« ٥ »

للاستاذ بول رافو عضو المحفظة الطبي الفرنسي وطبيب مستشفى

القديس لويس في باريس

ترجها الدكتور عزة مريدن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

« الفصل الرابع »

« مصير الزهريين الذين ابدوا تفاعلات سلبية في سائلهم الدماغي الشوكي »

ان ما ذكرناه في الفصل السابق من المشاهدات العديدة اظهر بشكل جلاء سير تفاعلات السائل الدماغي الشوكي سواء أ بقيت كامنة أم انتهت بظهور علامات سريرية مختلفة : وأرى ان الفائدة تقضي بايضاح مصير الزهريين الذين كانت تفاعلات سائلهم سلبية او الذين لم يظهروا الا تفاعلات خفيفة جداً كزيادة بسيطة في الخلايا او في الآحين سواء في بدء زهرهم او ابان سيره .

وأرى من الضروري توجيه النظر الى بعض نقاط معينة : فرب سائل بقي سليماً طيلة سير الزهري . ورب آخر اصبح سليماً بعد ان كان ايجابياً ولم

يظهر اقل عرض سريري كما ينته المشاهدات السالفة واخيراً قرب سائل
امكن جملة سليماً كما يرى في سياق بعض اشكال الزهري العصبي وسأطرح
من هذا الاحصاء الزمرة الاخيرة للسوائل السلية لانه على الرغم من
تمكنا من جعل السائل والدم سليين لا نقوى على منع علامات الزهري
العصبي عن الظهور مرة اخرى . وقد بددت هذا الوهم منذ عهد طويل
بعد ان عرفت ان الزهري العصبي قد يتم سيره وتكامله رغم ان تفاعلات
المرضى اصبحت سلية سواء أ بالمعالجة العامة أم بالحقن الفقارية . وسأعود
الى هذه النقطة حين البحث عن طرق المعالجات المختلفة للزهري العصبي ،
وهذه الحوادث نادرة غير انها موجودة وعندي ان تفاعلاً سليماً ظهر تحت
تأثير الشروط المذكورة لا يكفل سلامة الجملة العصبية في الحال او المستقبل
بدرجة تفاعل كان سليماً دائماً واني لا أعتقد انه متى كانت تفاعلات سلية
قد تكون تقدمتها تفاعلات ايجابية غير ان هذه التفاعلات الايجابية لم تبدأ
علاماتها وما لبثت ان اختفت وقد اظهرت مشاهداتنا العديدة في الفصل
السابق ان هذه التفاعلات الصامتة التي لا تصحبها اعراض سريرية لا تعود
للظهور ابداً بعد اختفائها ولهذا السبب طرحت من هذا الاحصاء التفاعلات
التي اصبحت سلية في سياق تكامل الزهري العصبي لان ما يميزها عن غيرها
هو التظاهرات السريرية . ولقد تمكنت بعد ان تصفحت مشاهداتي العديدة
ان اجد ٩٦ مريضاً كانت تفاعلاتهم سلية او تكاد ولم يكن ذلك ليمنع
ظهور الاعراض السريرية او الحيوية او كلاهما معا .

ينضوي تحت مجموعة التفاعلات السلية بعض السوائل التي لم يكن فيها

الأ زيادة بسيطة في الخلايا او في الآحين دون ان يكون تفاعل بورده واسرمان او الجاوي ايجايين فهذه التغيرات البسيطة في السائل الدماغي الشوكي قد نشاهدها في سياق بعض الفحوص غير انها لا تلبث ان تزول من نفسها او بتأثير المعالجة كما اثبتت ذلك بزل متكررة وقد لا يرافق هذه التغيرات الخفيفة اقل عرض سريري ويكون سير الزهري فيها سليماً ،

وقد تمكنت في خمسة مرضي آخرين ابدوا في الفحص الاول تفاعلات سلية في السائل الدماغي الشوكي من معرفة ما يلي :

ان المريضين الأولين كانا مصابين بالشلل العام وبعد ان كان البزل الاول سليماً او ناقصاً فيهما اصبح تاماً و ايجائياً شديداً في البزل الاخرى المجرة بعد بضعة اشهر كما هي القاعدة وهاتان المشاهدتان لا تهمانتا لأن تشخيص الشلل العام سريراً كان ممكناً واذا كان البزل الاول سليماً فليس ذلك الا من الامور الشاذة وليس لنا ونحن ندرس القضية من الوجهة العامة ان نعبأ بالشواذ ولا يبرر هذه النتائج سوى الخطأ في اجراء التفاعلات او بأفأت شاذة كونت حجاً او باسباب اخرى لا يستطيع تعيينها .

واما ما يهمننا كثيراً فهو امر المرضى الثلاثة الآخرين :

فان المريض الأول -- زهري وهو شخص المشاهدة (١٧) .

في ايار سنة ١٩٠٣ - قرحة افرنجية

في ٦ آب سنة ١٩٠٣ -- وردية ، بالبزل القطني سائل طبيعي .

١٢ تشرين الثاني سنة ١٩٠٣ - بالبزل القطني تفاعل خلوي شديد جداً مع

ترايد شديد في الآحين

وهذا التفاعل الشديد الذي روقب مراقبة منتظمة لم يحج الا بعد اربع

سنوات دون ان تدرك اقل علامة سريرية وفي سنة ١٩١٢ وسنة ١٩٢٠
بزلت المريضة مرة اخرى فكان السائل طبيعياً دائماً مع فقد كل علامة
سريرية ايضاً .

المريض الثاني — هو شخص الشاهدة الثانية
آب سنة ٩٠٣ — وردية ، صداع شديد ، بالزل القطفي — سائل طبيعي ولكنه
شديد التوتر .

تشرين الاول سنة — ٩٠٣ مندفعات حطاطية ، زهريات صباغية في العين بالزل
القطفي — تفاعل خلوي شديد

كانون الاول سنة ٩٠٣ — التفاعل نفسه .

ايلول سنة ٩٠٥ — التفاعل نفسه غير انه اقل شدة

تشرين الثاني سنة ٩٠٥ — سائل طبيعي .

تشرين الثاني سنة ٩٠٧ — سائل طبيعي .

ولا علامة سريرية واحدة في سياق هذا الزهري

المريض الثالث — آب سنة ٩١٤ — قرحة على الشفة السفلى

آب سنة ٩١٥ — بالزل القطفي — تفاعل خلوي متزايد ، الآحين — ٠,٥٥

بورده واسرمان — سلبي

٢٩ نيسان سنة ١٩١٩ بالزل القطفي — تفاعل خلوي شديد جداً . الآحين ٦٠ , سغ

بورده واسرمان — ايجابي ، لا علامة سريرية ظاهرة

يستنتج مما سبق ان مرضى ثلاثة بزل قطنهم فكانت تفاعلاتهم سلبية

او تكاد ثم اصبحت ايجابية بعد شهرين ونصف شهر في الحادثة الاولى وثلاثة

اشهر في الثانية واربع سنوات في الثالثة . واذا لم يكن مجال المناقشة في

المشاهدتين الاولين نظراً الى معرفة المبدأ الاكيد للزهري اي الدور

الحجبي فان المشاهدة الثالثة تستحق المناقشة لانتنا لا نعلم في اي زمن اصبحت

السائل ايجابياً بين سنة ١٩١٥ وسنة ١٩١٩ .

وفي تقرير قدمته المجلة المسماة (حولية الامراض الزهرية) بشأن
الزهري العصبي كنت لفتت الانظار الى ان كثيراً من المرضى تكون
تفاعلاتهم سلبية اولاً ثم تصبح ايجابية بعد ٦ او ٧ سنوات من الزهري .
وهذا الامر على غاية من الاهمية والحالة تقضي بحسم باب الخلاف فيه بتقديم
مشاهدات عديدة انصع حجة وأدل ياناً .

تقلب التفاعلات السلبية ايجابية من نفسها في الغالب غير انه من الممكن
احداث تفاعلات في السائل الدماغي الشوكي هي من الاهمية بمكان
في سنة ١٩١٠ وسنة ١٩١١ حينما استعمل اربليخ حقن الـ ٦٠٦ بمقادير
عظيمة شوهدت تفاعلات شديدة الخطر احياناً محدثة بالمعالجة وقد تبين لي
بعد ان بدأت بدرس السائل الدماغي الشوكي ان تفاعلات متفاوتة الشدة
تحدثها الحقن وقد اوضح هذا الكشف امراً غامضاً وهو امراض
(pathogénie) الزهري العصبي التاكس واما ما تجب معرفته بصورة خاصة
فهو ان هذه التفاعلات المحدثة بالحقن لا تحصل الا في من أصيبت بجلتهم
العصية بالزهري كما أثبت ذلك . وهكذا فانا نرى كثرة هذه التفاعلات
في بدء الزهري ينال نرى شيئاً منها مؤخراً اللهم الا اذا أصيبت المجلة
العصية كما أسلفت . وقد نشرت في (المطبوعات الطبية جزء ١٨ آذار سنة
١٩١٢) تحت عنوان: التفاعلات العصية المتأخرة المشاهدة في بعض الزهريين
الذين عولجوا بالسالفارسان وظهور التهاب السحايا والاعية الزهري
مستنداً الى مشاهدات عديدة لمرضى بزلوا قبل المعالجة بالـ (٦٠٦) وبعدها
ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي لا ترى في من عولجوا بالـ ٦٠٦ في

دور القرحة إلا نادراً بيد أنها كانت ثابتة تقريباً في الدور الثانوي واستثنائية في الزهرين القدماء الذين لم يصابوا بأقل آفة عصبية وارى الآن انه يسهل ايضاح ان هذه التفاعلات كانت ترافق التهاب السحايا والالوعية في دور حداثتها وتكون بذلك عاملاً منها لآفات لا تطلب سوى الاستمرار غير انها تحسست بتلك الحقن القوية المخرشة من الـ (٦٠٦) وفي مذكرة أحدث عهداً اعلمها سيستان وريزه وبونهور (حولية الامراض الجلدية والزهرية) الجزء الثالث آذار سنة ١٩٢٣ تحت عنوان : تفاعلات واسرمان والجاوي الغروي المحدثه في السائل الدماغي الشوكي وفيها ان التحسيس في غير الزهرين ولو كانوا بمصابين بآفات عصبية روحية لا يكون ممكناً بدرجة الزهرين الذين لا يدون اقل علامة سريرية او خلطية لازهري العصبي بل على العكس قد يكون ممكناً في بدء الزهري اي في الدور الحنجي (septicémique) او فيمن أصيبوا مؤخراً بالتهاب المحور الاسطواني (Nevraxite) الزهري قديماً كان او حديثاً فتأخنا في سنة ١٩١٢ مطابقة اذن تمام المطابقة لتأخ سيستان وتدل الاعمال السابقة على ان الزهري في بدئه يمر بصفحة غير ثابتة قد تتبدل في اثنائها الجملة العصبية غير ان هذه الصفحة لا تلبث ان يستقر بها الامر ولا يعود للوسائط التي دعتها الى التفاعل في السابق اقل تأثير . وفي هذا الدور غير الثابت الذي قد يطول سنة او سنتين او اكثر يمكن البت بمستقبل الجهاز العصبي فاما ان يقال بسلامة الجملة السحائية الوعائية او بمرضها فتشاهد حينئذ تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي درسناها في الفصل السابق واذا ما أستل سلاح المعالجة الماضي في هذا الدور

البدئي تخرش الجهاز العصبي اما اذا وجهت معالجة رشيدة رائدها الصبر والثبات فهدأ سORTE ويعقم الجسد من الانتان الزهري ويشفى المريض شفاء تاماً لموت تلك الاحياء التي يثور تأرها متى دومت ولخضوعها متى أخذت باللين .

واني لا أعتقد ان تلقح الجهاز السحائي الوعائي والمحور الاسطواني يقع في السنتين الأولى ولين للزهري حتى في السنة الاولى احياناً وقد يصحى اثر هذه الاستقرارات كما رأينا في الفصل السابق من نفسه او بالمعالجة وشاهدنا على ذلك تحليل السائل الدماغي الشوكي وفي حالات اخرى قد تسير الآفة الى التكامل لتنتهي ، حتى بعد مدة طويلة ، بموارض خطيرة واذا رأينا ان هذه الصفحة تمر مروراً خفياً ، فلا البزل الجاني ولا علامة سريرية تدل على آفة في دور نشاطها وبقي الدم سليماً ايضاً فمن الممكن القول حينذاك ان المريض اصبح في مأمن من خطر العراقل العصبية اللاحقة ولعمري ان هذه القاعدة هي اثبت من معالجة فاعلة طبقت منذ بدء الزهري فاوجب استتار الاعراض السريرية والحلطية .

وهناك شواذ ، وان كنت لم اذكر منها الا حادثة واحدة ، لانه من الممكن حدوث هذا التلقح مؤخراً في سياق هجمة خمجية غير ان المعالجة الرشيدة كفيلة بمنع هذا الحدوث . وأرى من الفائدة دعم هذه النتائج او دحضها بتقديم مشاهدات يينة حتى يعود تحديد نسبة هذه الشواذ ممكناً باحصاء أدق وأوسع من احصائي ومتى ثبتت ادركنا قيمة الكفالة التي نعطيها لزهري عولج معالجة حسنة فاصبحت تفاعلات سائله

سلبية بعد سنتين او ثلاث سنوات على بدء زهره غير ان هذه الكفالة لا تعيب الا الآفات السحائية الوعائية والجهرية التي يكشفها البزل القطني على انها مع ذلك واسعة المدى حيث ينضوي تحت هذه الآفات عدد كبير من التظاهرات العصبية للزهري ومع ذلك فكثيرا ما تحفظت نتيجة فحص السائل الدماغي الشوكي الذي قد لا يظهر بعض الآفات العميقة الدفينة في الجوهر النبل كالصمغ والاورام وبؤر التلين والتهاب المحور العصبي المركزي او التهاب الشرايين التي لاعلاقة لها بالسحايا والخ .

واذا كان لما درسناه في الفصل السابق عن التفاعلات الالجابية في السائل الدماغي الشوكي ما له من الاهمية فان للتفاعلات السلبية او بالاحرى فقدان التفاعلات المشاهدة في بعض الحالات ما لها ايضا من الدلالة العظيمة في الانذار وعلى ذكر اهميتها آتني ان ينتهي الامر باثبات هذه الاعمال او نفيها وبيان موقعها من الحقيقة او الخطأ وذلك بتقديم اثباتات فعلية راهنة لا آراء سطحية فحسب .

« الفصل الخامس »

— تلخيص ونتائج عامة — .

لنلق الآن نظرة عامة على المشاهدات التي اصطفيناها من الوف المشاهدات نرانا اذا طرحنا جانباً بعض الاستثناءات او الآفات التي يجوز اهمالها ودرسنا تلك التعاليم القيمة من نقطة أسمى وأدق تمكنا من الحصول على نتائج عملية ترشدنا الى مصير الزهري العصبي ولا سيما استقرار صفحاته الحيوية بدرس السائل الدماغي الشوكي وسنلخص اولاً تلك الاعمال ثم

نذكر نتائجها القيمة :

آ - خلاصة الاعمال - في سياق الزهري قد يتغير السائل الدماغي الشوكي وقد يبقى طبيعياً فاذا ما تغير ظهر بفاعلاته التي قد تكون إيجابية او سلبية وستعرض تباعاً أهمية النتائج :

اولاً - التفاعلات الإيجابية :

١ - كثيرة هي تغيرات السائل الدماغي الشوكي في سياق الزهري الاريثي او المكتسب وتعرف هذه التغيرات بدرس التفاعلات المختلفة للسائل الدماغي الشوكي وقد تشبثت من بين هذه التفاعلات بالتفاعل الحلوي والآحين الاجمالي والتثيت (بورده واسرمان وتفاعلات التحوصب (flocculation) لقرن وغيلان .

ومجموع هذه التفاعلات يميز الدرجات المختلفة الشدة وقد قسمتها الى تفاعلات خفيفة ووسطى وشديدة .

٢ - ترتبط هذه التفاعلات بآفات تشريحية ولو لم ترافقها علامات سريرية وقد أبنت في مقدمة هذه المذكرة باعمال تشريحية سريرية ان التفاعلات الحلوية والآحينية الخفيفة تدل على تغيرات سحائية بيد أن التفاعلات الآحينية الشديدة وتفاعلات التثيت والتحصب ترتبط بآفات الجوهر النبل وكلتا الآفتين تحصل بتأثير البريمات الشاحبة التي شوهدت في السحاي (رافو ، بونسيل) كما شوهدت في الجوهر النبل (نوغوشي) .

٣ - تبدو بالنسبة الى العلامات السريرية ثلاث حالات :

فاما ان ترافق التفاعل علامة سريرية واضحة فلا يكون للتفاعل الأقيمة

ثانوية في اثبات المرض ،

واما ان ترافق التفاعل علامة سريرية مشبوهة فيكون للتفاعل قيمة عظيمة ،

واما ان لا يرافق التفاعل أقل علامة سريرية توضح الآفة التشريحية الحقية فتكون العلامة الحيوية ذات قيمة عظيمة .

وقد طرحت من هذه المذكرة الزمرة الاولى واحتفظت ببعض الثانية وأشعبت الثالثة درساً وتمحيصاً .

٤ — قد تصادف هذه التفاعلات في صفحات الزهري جميعها حسب الوقت الذي أجري به البزل القطني وقد رأينا ان فصل المرضى الذين بزلوا في بدء زهرهم عن المرضى الذين لم يبزلوا إلا في وقت متأخر اي ما بعد السنة الثانية أمر واجب .

ففي بدء الزهري اي في الأشهر الاولى تكثر هذه التفاعلات في جميع الزهرين الذين اهلوا الدور الحنجري وهو ما اوضحته سنة ١٩٠٣ للمرة الاولى . غير ان هذه التفاعلات لا تلبث ان تختفي بعد اشهر بدون ان تظهر اقل علامة سريرية او ان تترك ادنى اثر ولذا فقد طرحت الزمرة الاخيرة من هذه المذكرة .

والبعض الآخر تبقى تفاعلاتهم وتشتد بسرعة (خلايا عديدة خلايا الدم ، ترايد الآحين ، تفاعلات التثبيت والتحوصب الاليجائية) ولا يرافقها اقل علامة سريرية وقد اشعبت هذه الفئة من المرضى درساً بالنظر الى اهمية سير مرضهم وتكامله .

فبعض التفاعلات (من المشاهدة الاولى للعاشرة) مع انها فائقة الشدة وبدون اقل علامة سريرية قد ااحت بعد مدة من الزمن يختلف بين ٨ اشهر و٦ سنين وهي تفاعلات كامنة سارت نحو الزوال .

وبعض التفاعلات (من المشاهدة الحادية عشرة حتى الخامسة عشرة) كان شديداً مع علامة سريرية (ثلاث لقوات) حادثة فليج عيني ، نشبة واحدة) وقد احيى كالفئة السابقة وفي المدة نفسها .

والبعض (من المشاهدة السادسة عشرة حتى التاسعة عشرة) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً وقد تقدمت ظهور العلامات العصبية ب ١ - ٢٠ شهراً (نشبة واحدة ، حادثا التهاب العصب البصري ، حادثة اضطراب حديقي) ثم زالت بعد مدة شبيهة بالسابقة ولم يظهر فيهم اقل عرض سريري بعد مراقبة طويلة فهي اذن تفاعلات سابقة للسريريات وبعضهم (من المشاهدة العشرين حتى الثلاثين) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً منذ بدء زهرهم و بقيت ايجابية ثم انتهت بعد صفحة صامتة طويلة الاًمد او قصيرته بعلامات زهرية خطيرة في الجوهر النليل .

(المشاهدة العشرون والحادية والعشرون) التهاب السحايا الزمن خلال ٨ - ١٠ سنوات .

(المشاهدة الثانية والعشرون) كسناحة بعد ستة اشهر .

(المشاهدة الثالثة والعشرون) التهاب الخناخ المعترض بعد سنين .

(المشاهدتان الرابعة والعشرون والخامسة والعشرون) سهام بعد سنة وثلاث سنوات

(المشاهدات ٢٦ ، ٢٧ ، ٢٨ ، ٢٩ ، ٣٠) فليج عام بعد ٦ ، ١٢ ، ١٠ ، ٥ ، ١٠

سنوات (٨ سنوات ونصف وسطياً . فهذه ايضاً تفاعلات سابقة للسريريات) .

ب - واما في سياق الزهري اي بعد السنة الثانية فلا تشاهد ابداً هذه التفاعلات الخفيفة السريعة الزوال والكثيرة الحصول في الدور المحجي للزهري و احياناً قد تشاهد تفاعلات خفيفة مع بعض الخلايا وبدون خلايا المصورة ومع تزايد خفيف في الآحين غير ان هذه التفاعلات القليلة الخطر ليست الاً بقايا التفاعلات البدئية او الاصابات الموقته التي لا علاقة لها بالزهري او تكون طلائع التفاعلات التي قد تشتد فيما بعد وهو أمر نادر وتظهر التفاعلات المشاهدة في سياق الزهري في الغالب شديدة منذ البدء (خلايا عديدة ، خلايا المصورة ، تزايد الآحين ، تفاعلات التثيت والتحوصب الایجابية) وتكاد تكون التفاعلات في المشاهدات التي في سيرها ما يوجب الاهتمام دائماً شديدة كالنموذج الذي ذكرناه آنفاً واليكم ما اوضحه سير هذه التفاعلات :

فالبعض (المشاهدتان ٣١ و ٣٤) تظهر تفاعلاتهم بعد سنتين من الزهري بأزمنة مختلفة ولا تراقفها علامة سريرية ثم تزول بعد مدة تختلف بين ١٤ شهراً و ٧ سنين فهي اذن تفاعلات خفيفة سارت نحو الزوال .

والبعض الاخر (منذ المشاهدة ٣٥ - ٤٦) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً تراقفها علامة سريرية مبهمه (٦ حوادث تبين حقيقي ، حادثاً فليج عيني ٣ حوادث اضطرابات مختلفة ونشبة) ثم زالت كالسابقة غير ان مدتها ابطأ (٨ سنوات وسطياً) وافراد هذه الزمرة زالت تفاعلاتهم ولم تظهر اختلالات سريرية كبيرة فيهم بل آثار خفيفة بشكل آفات ندية ثابتة غير انها عديمة الخطر .

والبعض الآخر (من الملاحظة ٤٦ - ٥٩) كانت تفاعلاتهم شديدة دائماً ظهرت في سياق الزهري وحافظت على إيجابيتها ثم انتهت بعد صفحة خفية طويلة او قصيرة بعلامات زهرية جوهرية خطيرة :

(الملاحظة ٤٦) - فالج شقي بعد ٦ سنوات من التفاعل الشديد .

(الملاحظتان ٤٧ و ٤٨) - علامة أرجيل بعد ٦ اشهر و ٤ سنوات من التفاعل الشديد .

(الملاحظات ٤٩ ، ٥٠ ، ٥١ ، ٥٢) - التهاب السحايا المزمن يرجع عهده لعدة

سنين (٩ سنوات على الوسط) .

(الملاحظات ٥٣ ، ٥٤ ، ٥٥) سهام ظهر بعد عدة سنين من التفاعل الشديد .

(الملاحظات ٥٦ ، ٥٧ ، ٥٨ ، ٥٩) فلج عام - فطم هذه التفاعلات ايضاً سابق

للسريرات .

ولا نرى مندوحة عن التذكير بان عدداً عديداً من المرضى كانت

التفاعلات فيهم ايجابية منذ بدء الزهري مع انها لم تلاحظ الا في سياق الداء

لان الفرصة لم تسنح لبزلم قبل ذلك الحين لان كثيراً ممن بزوا في بدء

زهريهم حين اصابهم بعض العوارض العصبية كانت تفاعلات سائلهم

شديدة فن الصواب اذن ان نربط تاريخ ظهور هذه التفاعلات ببدا الزهري

ثانياً - التفاعلات السلية : اذا قابلنا نتائج الملاحظات المتبعة زمناً طويلاً

في مرضى كانت تفاعلاتهم سلبية او ايجابية خفيفة في السائل الدماغي الشوكي

تمكناً من الحصول على نتائج هامة غير ان دعمها يحتاج مع ذلك الى مشاهدات

اكثر من مشاهدي .

وبعد ان اتبعت ٩٦ مريضاً كانت تفاعلات سائلهم سلبية سواء في بدء

زهريهم ام ابان سيره كان مصير هؤلاء المرضى كما يلي :

٩١ مريضاً روقوا زمناً متفاوت الطول فلم تظهر فيهم اقل علامة سريرية

عصية زهرية وكان ينصب من البزل المتكررة في الكثير منهم سائل طبيعي . ومريضان أصيبا بالشلل العام أصبح التفاعل إيجابياً بشدة بعد أن كان سلبياً في البزل الأول غير أن هذه الحالات النادرة لا يمكن تعليلها إلا بخلط إجراء التفاعل بعيب تشريحي وثلاثة مرضى زهرين بزلوا منذ بدء زهرهم كان البزل الأول سلبياً غير أنه ما لبث أن أصبح إيجابياً شديداً بعد ٣ أشهر ونصف شهر في الأول و٣ أشهر في الثاني و٤ سنوات في الثالث .

يستنتج من هذه المشاهدات اذن ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي في بدء الزهري قد لا تظهر الا بعد عدة اشهر وقد لا تظهر الا متأخرة جداً (٤ سنوات في احد مرضانا) غير اننا لا نعلم في اي زمن للزهري بدأ هذا التفاعل ودعماً لهذه الاعمال قدمنا مشاهداتنا المدونة منذ ١٩١٢ وكذا مشاهدات (سيستان وريزه) سنة ١٩٢٣ ويظهر ان تحسيس تفاعلات السائل الدماغي الشوكي ممكنة في بدء الزهري او مؤخراً عند من يبرز علامات سريرية لآفات عصبية ؛ لا يكون اذن التحسيس ممكناً الا في من أصيب جهازهم العصبي وليعلم ان هذه التفاعلات المحدثة لا تظهر الا في بدء الزهري او ابان سير زهري عصبي وتكامله .

يستنتج مما سبق ان الزهري في بدئه يمر بصفحة غير ثابتة قد تمتد سنة او سنتين واحياناً اكثر من ذلك وقد ينقلب التفاعل السليبي فيها ايجابياً وبعد تصرم هذه الصفحة تثبت التفاعلات حتى اذا ما كانت سلبية بقيت كذلك بمؤيدة سلامة الجهاز العصبي اللاحقة اللهم الا اذا كانت هنالك آفات عميقة في الجهاز العصبي لا ترافقها التهابات سحائية ولا التهابات شريانية

ولاً صمغ عميقة أو بؤر جهورية مدفونة في ملء النسيج العصبي. فكم هي عظيمة اذن اهمية التفاعلات السابية اذا شوهدت بعد بدء الزهري بسنة او سنتين ولا سيما في مريض عولج معالجة حسنة منذ بدء مرضه وكان دمه سليماً دائماً .

واني لمتحقق ان الزهري الذي يكون تفاعل سائله الدماغي الشوكي في نهاية السنة الثالثة لمرضه ، بعد ان يكون قد عولج معالجة رشيدة ويكون دمه سليماً دائماً يبقى ولا شك في مأمن من خطر الزهري العصبي .
(للبحث صلة)



الاشعة فوق البنفسجي في الجراحة

ترجى الدكتور مرشد خاطر

قد عرفنا خواص الاشعة فوق البنفسجي الحيوية وافعالها الخلقية منذ زمن مديد واختبرها الكثيرون في الادواء الجراحية ولا سيما في هذه السنوات الاخيرة حتى ان بعضهم اراد استعمالها في قتل الجراثيم وادخالها في الممارسة الجراحية املاً بانقاص الاضرار الجراحية التي تنجم من نقص التطهير او بنية احلال هذه الاشعة محل المواد الكيميائية العادية .

ولهذا ندرس :

- ١- الاشعة فوق البنفسجي في العمليات الجراحية نفسها .
- ٢- الاشعة فوق البنفسجي في الامراض الجراحية .
- ولا تعرض في الفصل الثاني للسل الجراحي ولا للجراحة النسائية .

١- الاشعة فوق البنفسجي في العمليات الجراحية

اول من اختبر الاشعة فوق البنفسجي في الحيوان هو دغار من جنوة سنة ١٩٢٥ الذي درس فعل التشععات في مكافحة العفونة .

فقد اوضح هذا المؤلف ان الجروح المعرضة للاشعة تندب بسرعة واجرى اختبارات على اربعين حيواناً من حيوانات المخبر وكانت عملياته عليها متنوعة على المعدة والامعاء والمظام وبدون اقل طهارة . وقد اشع بالخاصة السرير المعد لاضجاع الطعم عليه فكان يندمل الجرح الجلدي بالمقصد

الاول ولا تفعل الاشعة فوق البنفسجي حسب رأي رغار بقتل الجراثيم فقط بل انها تكثر الدورة الموضعية وتنشط الخلايا . وهو يعتقد ان اجراء العمليات علي الحيوانات ممكن وهي معرضة للاشعة وان توسيع هذه الطريقة واستعمالها في الانسان جائز لانها تضمن الطهارة التي تكاد تكون مطلقة . وفي شهر تموز من السنة نفسها ذكر بازي لجمعية الجراحة اختبارات شتان ورغار ولقت انظار الاعضاء الى العوارض التي يستطاع وقوعها بعد الاشعاع ليس للمريض فحسب بل للجراح ايضاً في اثناء العمليات الجراحية . وقد لاحظ ان الفعل القاتل للجراثيم شديد وان طهارة الساحة والالات والايدي تامة .

ثم اتى مامونتل و اشار ايضاً باستعمال الاشعة فوق البنفسجي كمضاد للفساد في سياق التوسط الجراحي وبين انه افعل من كل طلاء بصبغة اليود وكلورور التوتيا او الفسول بالاثير . غير ان هذه المحاولات لم تبعها في فرنسا كثير من الجراحين لسبيين اولاً للعوارض التي ذكرها بازي وثانياً لان طرز استعمال الاشعة لم يدرس جيداً ويدقق فيه .

اما في البلدان الاخرى فقد استعملوا الاشعة اكثر مما في فرنسا في سياق التوسطات وهي تستعمل بالخاصة في استئصال الافات السلية الموضعية او في فتح البطن في سل الخلب .

وتستعمل الاشعة ايضاً كواسطة للترميم بعد العمليات ومضادة لفقر الدم بعد النزف ولمكافحة النهك ولا سيما لتسريع الندب ولا متلاء الجروح والاجواف العظمية والنواسير .

وأما طرز استعمال الأشعة فيختلف بين أن تستعمل قبل العمليات أو في
اثنائها أو بعدها . فإذا كانت الغاية أنهاض الحالة العامة يكتفى بتطبيقها على
الجسد جميعه وإذا كانت الغاية معالجة الجروح أو بعض السطوح يضاف الى
هذه التشععات العامة تطبيقات موضعية بقضبان المرو (quartz) أو بدونها
٢ — الأشعة فوق البنفسجي في الامراض الجراحية

أ — فعلها في التفتنات الجراحية : نذكر فعلها في الخراجات ويشير دروه
بهذه التشععات كواسطة للوقاية من خراجات الثدي متى كانت الحلمة متشققة
وفي الحمرة حيث الاقوال متضاربة فمنهم من لاحظ بعد الجلسات الاولى
سقوطاً في الحرارة وتحدداً في الحوية وخفة في الألم . ومنهم من لم يجد
تحسناً يذكر والافضل ان تستعمل تشععات متوسطة عامة وليست موضعية
وفي الجرة الحميدة حيث تحدث الاشعة فعلاً مخدراً .

وفي التهاب القعد السلي الذي تفيد به الاشعة فائدة كبيرة .

وفي الكزاز عالج عدد من اطباء الالمان في اثناء الحرب السكبرى هذا
الداء بجلسات طويلة جداً من الاشعة (نصف ساعة الى خمس ساعات) .

هذه هي التفتنات الجراحية التي عولجت بالاشعة فكانت منها نتائج حسنة

ب — فعلها في التهاب العظم والنقي : اما ان يكون التهاب العظم والنقي

مزمناً وهذا كثير بعد جروح الحرب واما ان يكون الالتهاب مزمناً منذ
بدئه واما ان يكون حاداً .

ففي الالتهاب المزمن مع هجمات حادة كان التحسن محسوساً في كثير من
الافاق حتى ان الشفاء التام لم يكن نادراً . غير ان هذا لا يعني ان

الأشعة وحدها يجب استعمالها لأنها ليست إلا مساعداً للعمل الجراحي الذي لا بدّ من اجرائه كالتفريغ واستئصال الشظايا .

وأما في التهاب المزمن منذ بدئه ففعل الأشعة اخف غير انه لا بد من اثبات التشخيص لان هذه الآفة قد تلبس بالتهابات العظم التالية للحمى التيفية والالتهابات الافرنجية التي لا تفيد فيها الأشعة .

وأما في التهاب الحاد فلاشعة فوق البنفسجي فعل حسن ولا بدّ من توسيع دائرة استعمالها لأنها إن لم تغن عن الفعل الجراحي فهي تساعد المساعدة الكبيرة ليس في سياق المرض فحسب بل في اثناء النقه الذي تقصر مدته . وإلى القراء هذه المشاهد :

م . ن عمره ٤٠ سنة أصيب منذ اسبوعين بتورم التهابي في عنق قدمه اليمنى تلى لدامل في عنقه حرارته عالية جداً وحالته العامة سيئة . شخص مرضه أولاً التهاب العظم والمفصل الظنبوبي الرسفي غير ان رسم الناحية بالأشعة بين ان الثلث السفلي من ظنبوبه وشظيته كان متخراً دون ان يكون في المفصل اقل آفة . بخوف العظم غير ان الحرارة لم تسقط فاشرنا بسلسلة من التشععات فوق البنفسجي وتحسنت الحالة العامة والموضعية بعد الجلسات الاولى حتى ان استئصال عظم الكعب الذي كنا فكرنا فيه لم يعد لازماً . ثم سار الجرح سيراً سريعاً الى الاندمال وامتلاء الفراغ العظمي بسرعة فائقة .

طرز استعمال الأشعة : في التهاب العظم والتي المزمن تصنع جلسات يومية واذا كانت هجمات حادة جاز اجراء التشععات مرتين او ثلاث مرات

في اليوم . وفي التهاب العظم والتي الحاد تستعمل الاشعة حتى تظهر حملي على الجلد وتكرر الجلسات ثلاث مرات في الاسبوع وتزاد الجرعة تدريجياً .
ج — فلها في الكسور : فعل الاشعة فوق البنفسجي في تطور الكليسيوم معروف ولهذا كان استعمال هذه لاشعة في اندمال الكسور مفيداً جداً ولا سيما في تحاشي المفصل الموهمة .

ويقول سيدمان ان باري منذ سنة ١٧٩٢ بين ما للنور من الدور المهم في شفاء الكسور فقد لاحظ ان الجرحى الذين لم تكن تندمل كسورهم كانوا في زوايا القاعة المظلمة وان نقلهم من مكانهم الى مكان يدخله النور كان كافياً لاندمال كسورهم . ويضاف الى هذه الملاحظة ان هناك علاقة بين حالة المريض العامة السيئة واندمال كسره اندمالاً ناقصاً لانه ولو لم يكن المكسور مصاباً بسل خفي قد يكون تطور الكليسيوم مختلفاً فيه وهذا ما تؤثر فيه الاشعة فوق البنفسجي احسن تأثير . ويستحسن توجيه الاشعة بعد التوسطات الجراحية على العظام (كخيطة العظم وقطعه وتطعيمه) منعاً للمفاصل الموهمة من التكون وتسريعاً لحصول الدشبذ وقد لاحظ بعضهم حادثة بين فيها فعل الاشعة فوق البنفسجي في مريض مر على كسره ستة اشهر ولم يظهر في اثنائها الدشبذ :

م . ج أصيب بكسر في عظمي ساقه اليمنى ف لوحظ بعد ان مر شهر علي تشيته بالجلوس ان القطع لم تندمل وان ضياع المادة في الشظية واسع فاعيد المكسور الى الجلوس ثانية لانه لم يرضَ توسطاً جراحياً . فكانت النتائج غير مرضية الى ان قرر اخيراً الابتداء بجلسات الاشعاع .

فبعد الاستمرار عليها شهراً دلَّ الرسم الكهربائي ان التعظم قد بدأ حتى ان الاندمال اكتمل بعد قليل .

طرز الاجراء : يستحسن في الكسور الحديثة العهد ان تبدأ الجلسات في الايام الاولى التي تعقب الحادثة . ويستعملها كاتلان في الحال في كسور الطرف السفلي ولكنه ينتظر بضعة ايام في كسور الطرف العلوي . ومتى كان الكسر مغلقاً يكتفى بكميات متوسطة على الجسد جميعه وتكرر الجلسات ٣ مرات في الاسبوع ومتى كان الكسر مفتوحاً تشرك معها المعالجة الموضعية ويشير سيدمان بعد قطع العظم بجلسات يومية خفيفة المقدار في الاسبوع الاول فبمقادير متوسطة مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع .

د — فملها في النواسير : قد نشرت مشاهدات عديدة عن شفاء النواسير بالاشعة فوق البنفسجي شفاء تاماً . وقد تبين من بعض المشاهدات ان من النواسير ما كان يشفى موقتاً ثم ينكس وان منها ما لم يكن يشفى . ولا بد من معرفة سبب الناسور الحقيقي ومن الاهتمام بحالة المريض العامة وعليه كان لا بد من تمييز النواسير السلية عن النواسير غير السلية فالنواسير غير السلية تصادف في حالات عديدة :

بعد خزع الجنب او بعد العمليات الجراحية وتعالج بجلسات الاشعاع على الجسد كله مرتين او ثلاث مرات في الاسبوع . واذا امكن يدخل في الناسور قضيب من المرو (quartz) المذاب او مصباح ذو شرر . وقد ذكر ورمس بعد القوائد في نواسير الجهة الناجمة من التهاب الجيوب ولا يستبعد ان يتكون ناسور لا ينضب بعد التوسطات الجراحية على البطن فاذا ما عولجت

هذه النواشير بالاشعة فوق البنفسجي نضب السيلان وقد ذكر ييغوناسورا
بطناً أثر قطع الزائدة شفي بالاشعة والاستحارار (diathermie) وذكر
نكولاناري المشاهدة الآتية :

الآنسة م عمرها ١٧ سنة أجريت لها عملية الزائدة في اثناء هجمة
جادة فشق بطنها شقاً عمودياً بقصد استقصاء النفيرين والمبيضين بالنظر الى
اعراض التهاب الملحقات التي كانت تشعر بها ووضع احفوض فبي الناسور
سنة اشهر دون ان يندمل وكان ينصب منه سائل قيحي غزير جداً كاد يستدعي
عدة بضميدات في اليوم وبعد ان خابت جميع المعالجات عرض المريض
للاشعة فوق البنفسجي فازداد السيلان في البدء ثم نضب ببطء ولم تمر عشر
جلسات حتى كان التحسن محسوساً وقد اندمل اخيراً الناسور .

ولا يشار بالاشعة فوق البنفسجي وحدها في معالجة التهابات العظم
والمفاصل الجراحية بل يفضل ان تشرك معها الاشعة المجهولة وفوائد هذه
الاشعة في النواشير القطنية بعد استئصال الكلية باهرة جداً وكثيرون هم
الذين ذكروا مشاهدات انتهت بالشفاء بعد المعالجة بهذه الاشعة . وتستعمل
الاشعة ايضاً في نواشير الشرج التي تعصي عادة المعالجات الدوائية والجراحية
وإن تكن فوائدها فيها ليست ثابتة كما في الاولى لانه لا بد من اشراك
المجاري السريعة التواتر او الاشعة المجهولة معها وما من ينكر ان المعالجة
الجراحية في نواشير الشرج تفوق هذه المعالجة بالاشعة غير انها افضل معالجة
لمريض المريض عن اجراء العملية . ولا بد لنا من ان نذكر امراً يجب
التنبه له وهو ان السيلان يزداد على اثر الجلسات الاولى حتى انه قد يظهر

تعجن حول الناسور ثم لا يلبث الانصباب ان يعود مصلياً ويخف خفة تدريجية وينضب .

هـ- فعلها في الحروق : كان يسرع نذب الحروق تعريضها لاشعة الشمس وللأشعة فوق البنفسجي الفائدة نفسها ليس في تسريع النذب فحسب بل في تجميل الندبة . وتستعمل هذه الأشعة في الحروق التي تجاوزت الدرجة الثانية لان فعلها في الحروق السطحية اقل ثبوتاً مع ان البعض قد ذكروا ان مصل الفقاعات كان اسرع غوراً بعد تعريضها للأشعة . والأعراض التي يشعر بها المريض بعد التعريض للأشعة هي خفة الألم التدريجية ، خفة المفززات ، تكون القشرة ثم سقوطها وبعد ان تكون الندبة يلاحظ انها لينة قليلة الالتصاق .

مشاهدة : الآنة أ . . عمرها ٣ سنوات ونصف سنة أصيبت بحروق شديدة في ساعدها الايمن وظهرها وصدرها . فمولت جميعها بالوسائط المعروفة فشفيت الا اثنان منها في عضدها وساعدها لم يندبا . وقد أصيبت الطفلة علاوة على ذلك ببعض العجز الوظيفي في ساعدها الذي لم تكن قادرة على بسطه التام وفي عضدها الذي لم تكن قادرة على رفعه الا بعض الرفع وما سبب ذلك على ما يرجح الا انكماش الجلد . فبعد ان عرض الجرحان للأشعة وعرض جسدها ايضاً بمدة قصيرة اندملا وبعد ١٥ جلسة عادت الابنة قادرة على استعمال طرفي العلوي والندبة التي تكونت في الحرقين المعالجين بالأشعة هي اجمل من نذب الحروق الاخرى .

طرز المعالجة : يستحسن استعمال الأشعة على الجسد جميعه في الحروق

ولا سيما متى كانت واسعة ولهذا تشرك المعالجة الموضعية مع المعالجة العامة بالاشعة.

يشير كاتلان في معالجة الحروق من الدرجتين الاولى والثانية باستعمال الاشعة عن بعد ٦٠-٨٠ سم مدة ٢-٣ دقائق. وفي الحروق من الدرجتين الثالثة والرابعة باستعمالها عن بعد ٣٠ سم مدة دقيقتين.

وليستحسن ان تكون الجلسات قصيرة تحاشياً للاحتقان والالام.

و- فلها في الشرث (Engelures) استعمل بوجه الاشعة في الشرث المتقرح فبال من استعماله نتائج حسنة. لان هذه الجروح شبيهة بالجروح الوهنية التي تؤثر فيها الاشعة بتثبيط الخلايا. اما في الشرث العادي فلا حاجة الى الاشعة.

طرز المعالجة يستعمل برونيه كل ساعتين جلسة عن بعد ٢٥ سم مدتها ٣-٤ دقائق.

ز- فلها في الجروح: تعريض الجروح لاشعة الشمس معروف منذ القديم وقد استعملت في الماية في اثناء الحرب العامة الاشعة فوق البنفسجية في معالجة الجروح غير ان جروح الحرب تستدعي في اكثر الاحيان التوسطات الجراحية ولكن الجروح المحدثه في المعامل تستفيد فائدة كبيرة من هذه الاشعة لان هذه الجروح كثيرا ما تنقلب جروحا وهنية فتبرعم وتكسوها مفرزات سنجابية. وقد استعملت الاشعة ايضا بعد التطعيم وقاية للطعوم من الموات فكانت منها فائدة كبيرة في احياء تلك الطعوم والتصاقها.

وتفيد الاشعة ايضاً في جروح الساق والرجل الوهنية التي تصيب

الغرسان غير ان فائدتها موقته لانها بعد ان تسير سيرا سريعا الى الندب تقف
واذ ذاك تستحسن معالجتها بالاشعة المجهولة او المجاري السريعة التواتر

طرز العمل : متى كان الجرح حديثا تستعمل مقادير قليلة ومتى كان
الجرح قديما مبرعما تبرعما سيئا تستعمل مقادير كبيرة . وبعض الاطباء
يستعملون مصفاة زرقاء تمكنهم من تمديد الوقت ويستحسن في كل حال
استعمال الاشعة على الجسد كله مع الاشعة الموضعية على الجرح . ويستفيد
بعضهم في الوقت نفسه من توليد الاشعة لمادة مضادة للفساد في اثناء الاشعاع
كالiod والماء المحمض (اكسجيني) وتتراة الفضة فاذا اختير اليود غسل
الجرح بمزيج المحلولين الاتيين :

المحلول الاول :	يودور البوتاسيوم	٥ غم
	ماء مقطر	١٠٠٠ غم
المحلول الثاني :	حامض كبريت تقي (٦٦)	١٠ سنتيم
	ماء مقطر	١٠٠٠ غم



جراحة الألم

للدكتور لوسر كل استاذ السيرييات الجراحية

ترجها الدكتور احد الطباع الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

للجراحة فرع لا يزال في مهده غير ان مستقبلاً باهراً يبسم له ودليلنا عليه النتائج الحسنة التي كانت له في بضع من السنين واعني بهذا جراحة الألم. لسنا ننكر ان معالجة الألم تدخل في نطاق الطب الداخلي لما في جمعة هذا الفرع من المسكنات المتنوعة غير ان الألم يستعصي في بعض الاحيان فلا يؤثر به اشد المسكنات فعلاً فضلاً عن ان الشخص يعتاده او لا تتحمله بنيتة فامام الطب الداخلي اذن خيبة واعتياد وعدم تحمل . .

لتأمل في المصابين بالالام الكاوية (Causalgic) الذين لا يخفف ألهم علاج ولتتمثل المبتلين بالسرطان وآلامهم المبرحة التي لا يسكنها المورفين ولتندب حظ هؤلاء التاعسين المساكين .

واذا كانت المسكنات تخدر الالم فانها لا تمحوه باناً ولا تمنعه عن العودة .

هذا ما تحققه جراحة اليوم في بعض الحالات وما تصبو اليه في جميع الالام المستعصية متى عرف إمراض (pathogénie) الالم وسبله الناقلة معرفة آتم واكمل يصعب الان تحديد الالم وكل ما يمكن قوله ان الالم

يحصل من تنبهات ولدتها آفة عضو فبعث بها الى الدماغ فاثرت به وانعكست عنه فألقت عرضاً يتصف بنعوت كثيرة فيها شيء من الخيال فيقال ألم أصم او حاد او واخز او نابض (pulsative) او برقي (fulgurante) وغير ذلك وقد كان يكفي لازالة الألم طبقاً للقاعدة ان تقطع الحووط العصبية التي تنقل التنبهات المرضية الآتية من ذلك العضو فلا يزال بهذا السبب التشريحي الذي نجهاه بل يزال العرض فيعود المريض قادراً على تحمل دائه .

ويختلف مقر الألم : فاما ان يكون سطحيًا ذا علاقة بالجلد وبالفصون العصبية السطحية الحسية البحتة : وقد يكون عميقاً يشعر به تحت الجلد حذاء العضلات او العظام او المفاصل او الاحشاء ويتبع الاعصاب المختلطة او الودية . ومنشأ الاليف الألمية منازع فيه والرأي السائد اليوم ان مقبلات الألم هي الاطراف الودية (sympathiques) للجلد والعضلات والاعضاء السائرة وتسير الطرق الناقلة المحيطية اما في الاعصاب المختلطة الدماغية الشوكية او في الاعصاب الودية فيتصل معظمها الى النخاع بالجذور الخلفية اما الامامية فتكاد تكون خاصة بالاليف الحركية . ولقد ابانت التجربة والسريريات طرقاً لاحقة اخرى هي الضفائر الودية تتبع الشرايين والجذور الامامية : ففي نوب السهام (tabès) المعدية الناتجة من تغيرات اعصاب المعدة الودية لم يعط قطع النخاع الخلفي (عملية فرستر : Foerster) نتيجة حاسمة اما اذا قطعت الجذور الامامية للاقسام النخاعية نفسها بعد هذه العملية فالألم يزول وتصل الاليف الالمية من اقسام الجسم السائرة الى قطعة معينة من المحاور العصبي مؤلفة من العقدتين الشوكيتين ، والجذرين الخلفيين

والقنرين فالياف المعدة تناسب القطع الظهرية من الظهري السابع حتى التاسع والياف القلب القطع الظهرية من الظهري الثالث حتى الاول والياف السرم (rectum) القطع المعجزية (المعجزان الثالث والرابع) حيث تتصل في هذه القطع بمض الجامعات العصبية (neurons) التي تتصلب اليافها المحورية حول القناة الفقارية (épendyme) وتؤلف الطريق النخاعي الناقل وللحزمة الحسية الالمية المتصلة بالقطع شكل ضخمة رأسها امامي وتهيأتها المنفوخة خلفية لا تتجاوز خطاً أفقياً ومعترضاً يصل خطوط ارتكاز الرباطين المسننين فهي امام الحزمة الهرمية المتصلة وانسي الحزم النخية ويصعد الطريق الناقل في الجبال الجانبية ويبلغ الدماغ ماراً بالبصلة، والحدبة الحلقية والسويقات (pedoncles) ثم تعود الالياف الالمية الى السرير البصري (thalamus) والتليف الجداري الصاعد وفيه يعاد الحس الى المحيط .

هذه هي سحنة (schéma) الطرق الناقلة التي تتقل الألم وهي تظهر بنموذجين مختلفين : النموذج الدماغى الشوكى والنموذج الودى فالألم الدماغى الشوكى يناسب دائماً منطقة الأعصاب (innervation) المعروفة تشريحياً وهو ألم ثابت بدون تشععات متقطعة يزول فجأة وتاماً في الفترة بين النوبتين مثال ذلك عصاب المثلث التوائم (névralgie du trijumeau) متشعب ومن الألم ما هو اقل انتظاماً فهو ينتشر ويتشعب ويشد بالمؤثرات الخارجية الجوية او غيرها ويضعف القوة المعنوية في المصاب فيعيده قلقاً حزناً متضجراً مثال على هذا الألم الكاوي الرضي وتفريق هذين النوعين في الممارسة ليس واضحاً لانهما يمتزجان في الغالب بسبب اندماج الجبلتين احدهما

بالأخرى .

ومهما يكن فيخيل الينا مما نعلم عن الطرق الآخذة والناقلة ان قطع الطريق الناقل الودي او الدماغى الشوكى او تعديل التفاعلات الوعائية الحركية الحسية تعديلاً يعيدها اقل اقربالاً ، كافٍ لازالة الألم . هذا ما جُرب وهذا ما أجري تباعاً :

قطع الاعصاب وقطع الجذور ، وقطع الحبل ، وقطع الفصينات وقطع الودي (sympathicectomy) غير ان انتشار الاختلالات الالمية في مناطق غير منتظمة واستحالة معرفة العنصر التشريحي المسبب والعجز عن الوصول اليه كل هذا يعيد هذه الجراحة صعبة فاذا افادت احيانا فائدة عجيبة فانها قد خابت في كثير من الاوقات بدون ان يعرف لهذه الحية سبب سوى الخطأ في تعيين الطريق الذي يجب قطعه وتحقق النقطة التي يجب توجيه المعالجة اليها .

واما من الوجهة العملية فقطع عصب محيطي لا يستدعي سوى كشفه وبتره .

وقطع الجذر الخلفي يقوم اولا بفتح القناة الفقارية بقطع الصفائح في النقطة المعنية وشق الأُم الجافية ورفع الجذور على محجن وقطعها واستئصال قطعة كافية منها ثم تحاط الأُم الجافية وترمم القناة الفقارية ثانياً وريقاً الدم جيداً ويجنب كل ما من شأنه ان يرض النخاع .

وقطع الجذور الخلفية هذا حسن للغاية من الوجهة النظرية غير ان نتائجها في الممارسة غير ثابتة ان لم نقل سيئة في الغالب لاننا لا نعلم حق العلم توزع

الجزور الحسية .

فيفزع الجذور الخلفية قد يبطل الآلام في النواحي التابعة لها على ان يتجاوز القطع كثيراً حدود الناحية المؤلمة .

اما قطع الجبل فمعه تحريب الطريق الاساسي في النخاع وبما ان حزمة الالياف الالمية الكائنة في عمق الجبل الجانبي للنخاع مختلط قسمها الخلفي بعض الاختلاط بالحزمة الهرمية المتصالبة فان قطع الحزمة الالمية يعرض المريض لتشوشات هرمية ثابتة اذا ما حرف القطع كثيراً الى الوراء ويعرضه للخبية اذا ما حرف كثيراً الى الامام وقد اوضح كل من روينو وبوزه طريقة العمل : تقطع الصفائح الققارية في الناحية الظهرية العليا ، وتفتح الآم الجافية وتكشف نقطتا الاستكشاف الرباط المسنن والجذور الامامية فالقطع المعرض للجبل الجانبي يجري بينهما بسكين خاص . ويخزع الجبل الجانبي في الآلام المبرحة العضالة الناشئة من آفة عضوية واقعة في منتصف الجسد السفلي تحت الحجاب وهذا الخزع لا يفيد في المصابين بامراض روحية وبما ان الياف الالم الحسية تتصالب بعد ان تدخل النخاع بقليل وجب خزع الجبل في الجهة المقابلة للآلم وخزعه عاليا فيبطل الحس ما تحت القطعة النخاعية الرابعة الواقعة تحت القطع وهذا القطع يصنع في جهة واحدة او في الجهتين حسب مقر الالم وعملية قطع الجبل نفسها ليست خطيرة ولكن قد تتلوها بعض العراقل كاختلالات اغتذائية متى كان القطع عميقاً جداً او حركية اذا وقع القطع كثيراً في الوراء ولكن هذا القطع يخفف عن المتألمين آلامهم تخفيفاً يدعونا الى اجرائه بدون تردد ولا سيما في المصابين بالسرطان

وهو يفضل خزع الجذر الخلفي لانه لا يبطل احسية اللمس ولا الحسية العميقة وتقوم التوسطات على الودي باستئصال العقد وقطع الغصون المشتركة حيث تلتي الالياف العصبية ، الناشئة من عقد السلسلة الجانية الفقرية بالاعصاب الفقارية وتكتسب شخصية تشريحية لا خلاف فيها وتقوم هذه التوسطات ايضاً بقطع الودي المحيط بالشرابين .

يقول لريش المتم لاعمال جابولة مؤسس هذه الطريقة « ان جراحة الودي يجب ان تكون اكثر فاعلية واقل فاقلة عقدية لان لقطع الغصون ميزة وهي احترام العقد التي هي مراكز عقدية ولا تؤذي اعصاب (innervation) الاحشاء الودي . وطريقة اجرائها دقيقة لانها لطيفة وقطع هذه الغصون المشتركة تفضي الى نتائج باهرة احياناً .

وما قطع الودي المحيط بالشرابين حسب طريقة لريش الا تقشير الوعاء فهو يقطع الغمد الخارجي للضفائر العصبية الودية الى بعد كافٍ لتحقيق انقطاع القوس الحسية الحركية في قطعيتها الصادرة (Centrifuge) والواردة (Centripète) ويجب ان يتناول الاستئصال قسمي الغمد الخارجي الامامي والخلفي ويجب بعد انتهاء العملية ان يقلص الوعاء ويدق وينقص قطره في القسم المعرى عن القسمين الواقعين تحته وفوقه . ما هي الآفات التي استفادت في ايماننا من هذه التوسطات ؟

في العصاب الوجهي (névralgie faciale) قد كان للجراحة القدح المعلى لان قطع العصب خلف عقدة جاسر تشفيه شفاء اكيداً متى كان الألم موضعاً تمام التوضع في منطقة الثلث التوائم .

ونوب خناق الصدر تعالج معالجة جراحية غير ان المشاهدات المعلقة عنها لا تزال قليلة وهذا دليل على ان الاستطباب الجراحي ونوع التوسط لا يزال تقريرهما مستصعبا ولكن أيا كانت الآفات فان النوبة تقع بنبه الصفائر حول الوتين (périaortique) في قاعدة القاب هذه الصفائر التي تصل الى العقدة النجمية بطريق ودي وتنعكس منه فتفضي الى تشنج الاكليين والى الالم امام القلب . ان باستطاعة الجراحة ان تؤثر في هذا التناذر (syndrome) المؤلم التابع للمرض البدئي متى لم تكن الآفات العضوية قد قدم المهد عليها كثيرا .

ولكن ما يجب عمله ؟ لقد نزع جميع السلسلة العنقية في جانب واحد او في الجانبين غير ان هذه العملية لا تخلو من الخطر فان هذا الاستئصال قد يحتمله المريض ولكنه قد يميت ايضا فيجب والحالة هذه ترك استئصال العقد جانبا لانه عدا خطره لا فائدة منه ويجب جعل العملية في دائرة لا تخطاها وينصحنا لريش باستئصال السلسلة العنقية العليا فوق العقد النجمية ولقطع الفصوص الوطي حسب طريقة دانيال بلو) .

وجميع هذه الطرائق قد شفت احيانا شفاء مستمرا وفي جميعها ايضا قد نكس الداء غير ان النتائج في ايماننا مشجعة ولم يزل الموضوع قيد الدرس .
مرض رنو : افاد فيه قطع الودي المحيط بالشرابين في جهة واحدة او بالاحرى في الجهتين وشفى بعض الحوادث شفاء مستمرا غير ان الحية كانت ايضا تصيب البعض وما السبب في ذلك الا كثرة الاشكال وجهلنا للآليات (mécamisme) آفة عامة . ليس للودي فيها الا عملاً ثانوياً وقد

نجم اريش بنزع الغصون (ramicotomie) حيث خاب خزع الودي المحيط بالشرابين .

وقد تحسن التهابات الجذور العنيدة بقطع الجبل .

والام الكاوي (causalgie) هو المرض الودي الذي يفيد فيه احسن فائدة قطع الودي المحيط بالشرابين واذا اشرك هذا القطع باستئصال النذب كانت النتيجة اكيدة اذا لم يكن المرض متقدماً .

المصابات الرضية : التي كان يسميها القدماء التهاب العصب الصاعد فهي آلام تشابه الآلام الودية ولا يخففها قطع العصب المحيط بالشرابين ولا خزع الجذر الحظفي ولا البتر ولكنها قد تخف بقطع الغصون في منطقة واسعة .
ويترك البتر في الغالب جذموماً مؤلماً فيكفي لابطال الالم وشفاء الاختلالات الوعائية الحركية والاعضاء ان يحرر عصب مكثف بنوبة ليفية او يقطع الودي المحيط بالشرابين اما اعادة البتر فلا تفيد البتة .

وتجيب العمليات المحيطة في الآلام الشديدة كالحس بانسحاق عضو او اقتلاعه او دهسه وقد خاب ايضاً قطع الجذور فأجوج الامر الى قطع الجبل ويفضل لويس الان قطع الغصون المشتركة لان هذه العملية اقل ايذاء .

الآلام الحشوية : النوب المعدية في السهام (tabès) والآلام الكلوية والآلام العصبية الحوضية والح اجري فيها خزع الاعصاب المتنوعة وقد اجري لريش وكوت قطع الودي المحيط بالشرابين الحثلية وقطع العصب امام العجز لشفاء عسر الطمث المؤلم وذوات المبيض المتصلبة الكيسية .

وفي المصابين بسرطانات لا حيلة للجراحة فيها سواء في الرحم ام في الموثة

(prostate) ام السررم في هؤلاء المرضى الذين علي اهبة الرحيل عن هذه
الفانية يجب قبل كل شيء ان تخفف آلامهم التي لا تحمل متى سمحت حالتهم
العامة بالتوسطات الجراحية فتجرى لهم العمليات البودية حول الشرايين
الكبيرة الحوضية : تكشف الشرايين الخلية والحرقية حتى تشب الوتين
(aorte) ثم يقطع الودي المحيط بها ويقطع العصب امام العجز .

واذا لم يكف هذا يلجأ الى العمليات النخاعية : قطع الجذور الخلفية
الذي قلما يكفي لأن العملية الفضلى هي قطع الجبل ويستعاض عن قطع النخاع
المعترض لكاشغ بقطع الجبل في الجانبين .

ان جراحة الألم جراحة صعبة فعلى الجراح ان يكون متأياً في اجزائها
لثلا يفوق ضرره نفعه وتخب عملياته او تنكس الآفات التي يعالجها لأن
اسرارها لم تعرف جميعها بعد . وانا للأسف لانها لم تنتشر حتى الآن انتشاراً
كافياً وسبب ذلك التأخر في اجراء هذه العمليات والاضطراب الى اجزائها
على مرضى قد اعتادوا المورفين وانقلبوا مرضى روحين لا تنجع فيهم العمليات
ولو كانت مفيدة لانه ما من واسطة تقوى على تخفيف آلام مرضى كهؤلاء
ومضار هذه الجراحة فسيح وهي لم تقطع منه حتى الان الا القليل
ومستقبل باهر يتظرها .



وداع معالي عميد الجامعة السورية

دعت كلية فرنسة Collège de France في باريس المعهد الطبي العربي ليرسل
 احداً من اساتذته فيمثله في احتفالها المئوي فاجتمع مجلس الاساتذة وارتأى ان
 يقوم الاستاذ رضا بك سعيد عميد الجامعة السورية بهذه المهمة ويطلع على
 ما استحدث في معاهد الطب الغربية المختلفة من امور ادارية وفنية وغيرها
 لأن معاليه اجدر شخص بهذا التمثيل سيما وهو المؤسس للمعهد الطبي واكبر
 ركن فيه وقد شاد له الخباير الكثيرة وسار به شوطاً بعيداً في مضمار الرقي
 حتى اصبح المعهد بفضل جهوده يضاهي ارقى معاهد العالم . وقد رغب
 زملاؤه اساتذته المعهد المذكور وتلاميذه في اقامة حفلة تكريمية وداعية
 والحواء عليه في تعيين يوم السفر ليكونوا على بينة من امر حققتهم فكان
 لا يجيب عن موعد ذهابه حتى لا يقرب الناس اليه تحاشياً من مظاهر الحفلة
 وما ذلك الا لما طبع عليه هذا الرجل من التفاني في خدمة الامة ونهضة
 العلمية صامتاً ساكناً دون الاكتراث بمظاهر الحفاوة والاحترام وذلك شأن
 اكثر العظماء في اعمالهم . فان الرجل لا يكون عظيماً بالحفلات والمظاهر
 التي تقام له بل باعماله الخالدة واثاره الحميدة واثار الرجل اكثر من
 ان تعد .

وما ازفت ساعة الاجتماع حتى قدمت الوفود من اركان الدولتين السورية والمنتدبة واعيان البلاد ولما انتظم عقدهم اخذ الاستاذ طاهر بك الجزائري يقدم الخطباء واحداً بعد آخر وكان اولهم معالي الاستاذ عبد القادر بك العظيم فالتى خطاباً رائعاً وصف فيه نفسية عميدنا احسن وصف ثم تقدم الاستاذ طاهر بك الجزائري بخطاب انيق بين فيه جهود رئيسنا المحبوب وما فطرت عليه نفسه من التفاني في الخدمة والاخلاص في العمل ثم خطب الدكتور مسلم بك القاسمي خطاباً نفيساً اعرب فيه عما يكنه ضميره وما يشعر به المأذونون من العطف والاخلاص نحو رئيسهم واستاذهم وتلاه الطالب السيد عبدالله الرفاعي فالتى ايات كانت غاية في الرقة والابداع وانا تثبت فيما يلي الخطب المذكورة تباعاً .

وبعد ان انتهت الخطب وقف المحتفى به معالي العميد فالتى خطاباً بليغاً شرح فيه خطته والغاية التي يرمي اليها في احياء النهضة العلمية وارتجل الاستاذ الشيخ هاشم الخطيب كلمة تناسب المقام امتدح فيها جهود العميد وتوسل الى الباري عز وجل ان يكثر من امثاله وان يوفقه في اعماله .

خطاب معالي الاستاذ عبد القادر بك العظيم

فخامة الرئيس، سعادة المندوب، سادتي :

دعاهم معهد (كولهج دوفرانس) في باريز - الجامعة السورية لحضور احتفاله بعيده الثوي الرابع - فالتس المجلس من معالي رئيسه الدكتور

رضا سعيد بك عميد الجامعة ان يمثله في هذا الاحتفال — فاجاب معاليه هذا الرجاء وتأهب للسفر وبهذه المناسبة رأى اساتذة الجامعة من اطباء وحقوقين وادباء اقامة هذه الحفلة لوداع رئيسهم وعميدهم الكريم واطهار شعورهم نحوه فاشكر حضراتكم لما اظهرتم من العطف بمشاركتنا في احتفائنا بهذا الرجل الفذ الذي هو حري بكل تكريم وتبجيل .

لقد رافقت الدكتور رضا سعيد بك في جميع الادوار التي تعاقبت على معهدي الطب والحقوق قبل تأسيس الجامعة وبعده فاذا تكلمت عنه فانما اتكلم عن علم باحواله وخبرة باعماله .

الدكتور رضا سعيد بك ياسادتي عبقرى بكل ما في هذه الكلمة من قوة ومعنى فهو رجل عمل وجد ونشاط مستمر لا يكل ولا يمل ، لا يهدأ ولا يفتر تراه في فصل الشتاء تحت الثلوج والامطار وفي ايام الصيف تحت اشعة الشمس المحرقة يخرج صباحا من داره فيمر بمعاهد الجامعة وفروعها ويؤم المخابر والمستشفى ومحال العيادة يتفقد شؤونها ويشرف على الاعمال القائمة فيها يبدي آراءه بسرعة زائدة وتكاد تظن من نضوج هذه الآراء انه قضى ليله في درسها في حين انه يصدر أوامره فيما يقع نظره عليه من فوره ولا يزال يتنقل من الشؤون الادارية الى الامور العلمية الى اعمال البناء والترميم والاصلاح الى غير ذلك . ثم يحضر الى دار الجامعة التي تعد مفخرة من مفاخر دمشق وان القطر الشامي مدين بها لهمة الدكتور رضا سعيد بك ومضائه فهي مثال حي لما امتاز به هذا الرجل من مزاي النشاط وحب العمل يحضر الى دار الجامعة فيبدأ من فوره بدرس المشاريع ومقابلة ارباب

المصالح وافتاد الاوامر اللازمة في شؤون الادارة والتدريس ومخابرة المراجع وحل المشاكل والصعاب ثم يفرغ بعد ذلك لالقاء دروسه والقيام بعملياته الجراحية في الفرع الذي اختص فيه وهكذا يثار على اعماله الى ساعة متأخرة فلا يخرج قبل الساعة الثالثة ولا يلبث ان يعود في الساعة الخامسة فيتم ما بقي من اعمال الصباح ويبقى حتى الساعة الثامنة وكثيراً ما غادر الجامعة في الساعة الحادية عشرة او الثانية عشرة.

اني لا ابالغ اذا قلت لحضراتكم ان الجامعة قائمة بشخص الدكتور رضا سعيد بك . نعم لا انكر على اساتذة الجامعة الكرام ما يبذلونه من الجهود القيمة في سبيل اعلاء شأنها فهم دعائمها وعوامل نهضتها ولكن الجامعة جنم هو روحها وقلبها النابض .

ان امثل الصفات التي تتجلى في الدكتور رضا سعيد بك هي الاخلاص وعلو الهمة والتفاني في خدمة العلم والناشئة بقيامه باعادة تأسيس المعهد الطبي بعد ان قضت الحرب العامة وجمعه شتات الاطباء العاملين من ابناء هذه الامة الكريمة الذين بعثتهم الحرب تحت كل كوكب ونفخه فيهم روح النهضة والعزيمة الصادقة واستكمال اسباب هذه النهضة في غضون عشر سنين حتى غدت الجامعة السورية تعد في مصاف الجامعات الراقية لا كبر دليل على اخلاصه وحسن بلائه وقد عانى الدكتور في هذا السبيل من الصعاب ما لا يوصف ولكنه ثبت ثابت الاطواد وجاهد جهاد الجبارة حتى وفق الى بلوغ هدفه الاسمى .

ولا بد لي وانا في هذا الموقف من الاشادة بذكر المساعدات الطبية

والاعتراف بفضل المعاونات القيمة التي بذلها رجال الحكومتين المحلية والمنتدبة
واخص بالذكر فخامة الرئيس الحالي وسعادة مندوب المفوض السامي لما لهما
من الايادي البيضاء في تأييد هذه المؤسسة واعلاء شأنها وما لمعالي الوزراء
والمستشارين الحاليين الكرام من العطف والعناية الفائقة في سبيل تقدمها
ونجاحها .

والخلاصة يا سادتي انا اذا استعرضنا حياة المحتفى به منذ الهدنة حتى
اليوم وجدنا حياة ملؤها الجد الثمر والنشاط المستمر والتفاني في رفع مستوى
العلم وخدمة اللغة وانعاش النبوغ الوطني - حياة جهاد طويل في سبيل خير
الناشئة والامة تسكلت بالنجاح فكان في ذلك خير جزاء يملأ نفس صاحبه
بالجذل والاغتراب اللذين يحفزانه الى الاستزادة والمضي في جهاده - ولم
يصب من ظن ان الدكتور رضا سعيد بك ذاهب الى فرسة للخلاص من
عناء العمل والتلذذ بنعمة الراحة لأن من يعرف الرجل يعلم انه إنما يقصد
تلك البلاد ليقبّس من نورها ويفتخر من معينها الفياض ما يساعده على ما هو
بسيله من خدمة وطنه وامته .

فامض يا حضرة العيد الى مهنتك محموداً وعد الناسالماً موقفاً انشاء الله



خطاب سعادة الاستاذ طاهر بك الجزائري

لم اقم لا عرّف نكرة بل لا أنجي امام علم واترم بذكر اعماله

سادتي :

تذكرون كلكم حالة هذا المعهد يوم انسحب الترك من هذه البلاد فقد
تركوا جدراناً على وشك الانهيار وكانت السماء متلبدة بغيوم القوضى
والاضطراب وتعلمون ان حياة البلاد بمعاهد التعليم العالي وقد ظن الترك انهم
تمكنوا من اخماد انقاس امتنا وسأوعرق الحياة من بين جنبها فاني لها ان
توصل ما قطعوا وتجمع ما بعثروا وبددوا وتشيد ما هدموا وقد فاتهم ان في
سويداء الشام فتاها فقام على انقاض حصن الحياة وجمع حوله بقية السيوف
وبث فيهم روحه وكهربهم بعزمه ومضائه وسار امامهم يقودهم في طريق
حياة الامم بخدد ورم وشيد وحدث وهو ما زال يعمل ويكدح لا يكل
ولا يمل وها هي نتيجة مساعيه امامكم تشهد بفضله .

وانكم لتظنون اني ابالغ اذا قلت لكم ان الدكتور رضا سعيد لا يكل ولا
يمل ولا يعرف للراحة معنى ولكني لا اقول الا الحقيقة فكم من مرة عدته
في حالة المرض فوجدته وقد بلغت حرارته تسعاً وثلاثين درجة وهو يعمل
في فراش المرض .

سلوا رئيس ديوان الجامعة ومحاسبها وبقية موظفي الادارة وزملاءه
اساتيد معهد الطب هل بإمكانهم احصاء الليالي التي قضوها وايام يعملون
حتى الصباح ، فالارض تدور حول الشمس والدكتور رضا سعيد يعمل في .

الجامعة وللجامعة . فهو الحركة الدائمة التي لا تعرف الفتور وقد عزم الان على الذهاب الى ديار الغرب طلباً للراحة من عناء الاعمال استغفر الله فقد اخطأت اذ قرنت اسم رضا سعيد بالراحة انه ذاهب للعمل وسيشارك بالمؤتمرات الطبية والعلمية وسيزور الجامعات والمعاهد سيعمل هنالك مدة خمسة اشهر اثناء العطلة الصيفية ثم يعود الى دمشق ليوصل عمله . فامام هذا العامل الجبار انخني بكل احترام وانمي له سفرأ سعيداً وعوداً محموداً .



خطاب الدكتور مسلم بك القاسمي

الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

سادتي :

اذا احتفل هذا الجمع في وداع الدكتور رضا بك سعيد فانما يحتفل في وداع رجل عظيم من رجالات سوريا وركن كبير في هذا المجتمع له اثره البارز في ثقافتنا العلمية ، ونهضتنا القومية .

فلا غرابة اذا رأينا اندفاع العواطف واندلاع الاحساسات نحو وداع رجل تربع عرش الجامعة السورية غير مدافع .

فاليه يرجع الفضل في كل ما نراه من آثار التجديد في هذه الجامعة وعلى امثاله تعقد الامة امانها الرائعة ، وبهمته تتحقق احلامها الذهبية .

وليست هذه الصروح الفخمة صروح العلم والادب التي نجمع تحت سمائها وتعالى اصواتنا في ارجائها الا نذراً يسيراً من خدماته الجليلة نحو هذا الشعب .

اي فرد يليق نظرة بسيطة على هذه الجامعة السورية ولا يخالج قلبه السرور فهناك المعهد الطبي بفروعه الطب والصيدلة وطب الاسنان والقبالة تخرج في كل عام فئة صالحة يثقون هذه الانسانية من ويلاتها .
وهناك المخبر المجهزة باحدث الآلات ، والمستشفى بقاعاته الرحبة غاية في الاتقان والابداع ؛ وغرف تكية السلطان سليم اصبحت مخبر علمية يلجأ اليها الطلاب لتلقي العلوم والفنون بعد ان كانت خراباً يباباً ينمق البوم في ارجائها ، وبين مخبر التكية نجد الى الجانب الشرقي مكتبة فريدة من نوعها تضم الآلاف المؤلفة من الكتب القيمة مما يرجع اليها الطالب في خلال دراسته .

وهناك معهد الحقوق يخرج في كل ربيع طائفة يكون في المستقبل منهم الاداري والحقوقي والسياسي ، وهذه شعبة الآداب التي لم يمض على تأسيسها زمن كبير سوف تخرج من الكتاب والادباء والشعراء ما ليس لأمة ناهضة غنى عنهم .

وهذا الصرح الأثيم مبعث الادارة والنشاط والحركة ، وهذه القاعة الفسيحة جعلت ردهة المحاضرات الطبية والادبية والفلسفية والاجتماعية ، واقامة الحفلات لتكريم النوابغ والعظماء .

وهذا هو مستشفى الامومة maternité قد بوشر في تشييده وسوف لا يمضي زمن بعيد الا وزي الامهات يلجأن اليه عند وضعهن فيلدن دون مشقة او عذاب ناجيات من ايدي القوايل الجاهلات اللواتي يمتن في ارحام الامهات فساداً وبمثل هذا ينشأ من الامة نسل صالح وامهات قويات ، وهل تدوم

حياة الامة الاجتماعية اذا لم تقم دعائمها على افراد متمتعين بصحة جيدة وروح قوي .

كل هذه الاعمال قامت يا سادتي بفضل جهود عميد الجامعة المتواصلة ، واذا تصورنا ان هذه الجامعة فتاة في نهضتها لم تتجاوز الثالثة عشرة من العمر لا كبرنا اعمال العميد ووجدنا اننا لم نوفه حقه في هذا التكريم والوداع !!... هنالك يا معالي العميد ادمغة نيرة تقدر جهودكم ، وألسنة ناطقة بيض اياديكم ، واعناق تلاعة نحو عظيم ما تركم ، ونفوس معجبة بما اوتيتوه من كبير المواهب !!

وهناك ايضا كتلة كبيرة تمضدكم ، وحزب عظيم يشد ازركم لا زال يقيض لهذه الامة افراد عاملون على خيرها وصلاحها امثالكم .

هذا الحزب وتلك الكتلة هم المتخرجون على جامعتكم ، وآخرون يتقاطرون الى الجامعة من كل حذب وصوب يتسابقون الى ارتياد مناهل العلم والمرفان . هؤلاء هم اركان النهضة في المستقبل وهم بذرتكم تعيش في تربتكم ، وتزدهر بنمير مائتكم ، وتثمر تحت وارف ظلالكم !!

وبعد ؛ فامة يعيش بين افرادها فئة تضم الى جانب العقل والعلم الاخلاص والاقدام ، ويخشى عليها ان يعتورها سمات الغفء او تنالها ايدي الاضمحلال ؛ سيما وبين ظهرانيها من امثال عميد الجامعة ما يكفل لنا ان نحيا حياة العلم والعمل حياة الرغد والسعادة .

واخيراً هل انت راحل الى عاصمة العلم والجمال من اجل نزهة تروح بها

ما أَلَمَّ بنفسك من العناء والتعب ؟ ما عهدنا ان زهتك تطيب لك خارج
جدران هذه الجامعة ! أما انت ذاهب من اجل الغايات الثيلة التي تسعى
وراء تحقيقها ليلاً نهاراً ؛ هذه هي خدمة الجامعة السورية خدمة حققة تنهض
بهذا الوطن .

هذا واني اتقدم اليكم يا معالي العييد بهذه الكلمة الموجزة باسم المأذونين
من معهد الطب في هذا العام - راجين لكم سفراً مباركاً محفوظاً بالسرور
فعلى الطائر الميمون يا سيدي العييد !!!

خطاب السيد عبدالله الرفاعي

سادتي الاساتذة :

كيف يسعدني النطق فأصف ما يكنّه التلميذ لاساتذه وفضل هذا
وواجب ذاك وقديماً جرى الكثيرون ليعطوا الصورة الحققة عن الاستاذ
وتلميذه او عن الوالد وربيّه فقصروا اشواطاً ، واني لا ترك كل ما قيل واتمسك
بكلمة طربت لها وراقني معناها فاقول : ان الاستاذ رسول للهداية يبعث
اشعته الحية فيحيي موات القلوب .

يا فخامة الرئيس كانك علمت ان لسفرك وقماً على ابناء هذه الجامعة
وخفت ان يشغلهم الاضطراب لسفرك عن الاستعداد للفحص فكتمت
وكأنت قلت بنفسك ان كيف يتأني لنا نحن الطلاب ان نقوم بواجبنا نحوك
وشبح الفحص الرهيب يرعب نفوسنا فقاجأتنا بالخبر مفاجأة وقلت الوداع .

يا لها من كلمة ترجف الافئدة فتدعها حائرة وهل اشد من القراق لوعة
 وهل امر من البين جرة ولقد يتلعم اللسان في هذا الموقف فلا يدري ما يقول
 او فلا يستطيع ان يقول ولكن مهلاً يا فخامة الرئيس فاذا عاقنا الفحص
 عن ان نقوم بالواجب كله فلا تتركه كله .

رضينا اذا ما الرضا وافى رئيساً مكرماً يمين واقبال وسعد على سعد
 الى الغرب يسري وهو بالنور مشرق سيداً ينير الغرب كالشهب السعد
 وفي العود محمود اذا جدَّ جدّه يريك بجاني الغرب تقطر كالشهد
 اذا شئت فاحمل عن قلوب سلامنا لمشدنا في الغرب انا على وجد
 ولاشوق سرّ في القلوب علا بها وسري علا فوق السالكين بالمجد



خطاب معالي المبدأ

سيداتي وسادتي :

ملت الأسماع من يان ما لا علم من فوائد. ومجت النفوس من تبيان
 حاجتنا اليه . ولم يترك الخطباء زيادة لستزيد. فاصبح الجمهور يعتقد هذه الحقيقة
 لكنه يتطلب تحقيقها فملاً . وقد اقبل الناس والحمد لله على ارواء النفوس
 الظمآن من مختلف الينايع العلمية العذبة حتى ظهر للامة عظيم الحاجة
 للتعليم العالي الذي يرفع مستوى البلاد ويدعم اللغة العربية بالمصطلحات
 الحديثة وأضحت البلاد تفتخر على سواها من البلاد العربية بجامعتها الفنية
 السائرة في مضمار الرقي مضاهية لجامعات الامم العربية وليس الفضل في
 ذلك لعيد الجامعة . بل الفضل كل الفضل لزملائي الاساتذة الذين ما فتوا

يشاطرونني خدمة الجامعة . ويغرسون الفضائل العلمية والعملية فيها ويسهرون الليالي الطوال لايجاد خير الطرق المؤدية الى فائدة ابنائها وماعمل عميد الجامعة الا قوة مستمدة من تلك القوى المتحدة فاذا عمل العميد فانما يعمل بتلك القوى ، فهو اذاً مظهرها .

سادتي . تعلمون ان جامعتنا سائرة والمحمد لله بخطى واسعة نحو الامنية المقدسة وهذا ما يدعونا لزيارة الجامعات الفريسة ورؤية الحديث المفيد فيها من طرق ونظم اذ لا بد من اتباع سنن التطور كيلا تكون جامعتنا في مؤخرة الجامعات . وعليه ارى نفسي مضطراً للسير مع اخواني من اجل البحث والتقيب والتبع ثم اعود الى وطني للعمل . واياهم يداً واحدة ان شاء الله .

هذا وفي الختام اشكر زملائي الافاضل اساتذة الجامعة الاعلام اقامة هذا الاحتفال الذي ليس هو من حقي وليس بواجب عليهم بل هو من كرم عنصرهم وطيّب اصلهم وقد شأته ارادتهم اظهار الحب المتقابل والعمل المشترك ، راجياً منه تعالى ان يوفقني واياهم لخير البلاد وتقع العباد .

وارفع عظيم شكري وجزيل امتناني للسادة الذين شرفوا هذه الحلقة . فبرهنوا على حسن ظنهم وعظيم ثقتهم راجياً منه تعالى ان أوفق لتحقيق امنيتهم والله من وراء القصد والسلام .

ثم انطلق المدعوون حيث أعدت لهم مائدات في اروقة بناء الجامعة الفخم فشرّبوا المرطلات وشكروا المحققين عملهم واثنوا على اعمال المحنّي به جزيل الشناء .

فحوص آخر السنة

تمت الفحوص السنوية وكان عدد الناجحين في هذه السنة أكثر مما كان عليه في السنين الماضية لأمور عديدة منها تزود المعهد بكل حديث ونشاط الاساتذة واخلاصهم في التدريس وارتفاع سوية المتسبين حديثاً أعني ارتفاع سوية التعليم الثانوي بتطبيق نظام البكالوريا وقد اخرج المعهد الطبي في هذا العام فئة من الاطباء واطباء الاسنان والصيدالة والقابلات وسوف تتقدم هذه الفئة للعمل بكل نشاط واخلاص فتقوم بما يجب عليها من الخدمة في البلدان العربية وفقها الله

الاطباء: السيد اكرم شومان . لاذقية

» عبد الحليم العلمي دمشق

» عبد الهادي القاعاتي »

» قاسم ملحس نابلس

» مسلم القاسمي دمشق

» مصطفى فؤاد الساطي »

الصيدالة: » توفيق مزهر لبنان

» جورج جرجس مصر

» خيرة ماميش لاذقية

» مصطفى المنصوري حلب

اطباء الاسنان :	السيد شفيق يعقوب	مصر
	» عادل العوا	دمشق
	» مسلم السمان	دمشق

القبالات :	الآنسة تقيّة السيد	حماه
	» رضوانة ابو القاسم	مصر
	» فاطمة يزدي	»
	» لطيفة مارديني	شام
	» وجية دباغ	حلب



قدوم استاذين فاضلين

قدم الحاضرة الاستاذان مرشد بك خاطر ومنيف بك العائدي بعد ان
 قصدا ديار الغرب ليتزوذا من معاهده العلمية بكل ما استحدث .
 وما ان شاع خبر قدومهما حتى خف زملاؤهما واصدقاؤهما وتلامذتهما
 لزيارتها وتهنئتهما مغتبطين بعودتهما سالمين اكثر الله من امثالهما .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تموز سنة ١٩٣١ م الموافق لصفر سنة ١٣٥٠

تناذر ذنب الفرس المحدث بآليتي المط والقتل

للدكاترة

الاستاذ ترا بو

وحسن سبوح رئيس السرريات واحد الطباع الطبيب الداخلي

في معهد الطب بدمشق

يلي تناذر ذنب الفرس عادة رضوض الفقار القطنية العجزية .
والانضغاطات الموضعية وخط الاعصاب بشد أجري على الطرفين السفليين
ومشاهدتنا التالية وان يكن العامل فيها رضاً وقع على الجذع والعمود الفقاري
المحدث بآلية نادرة لسلامة النخاع والفقار فيها وإصابة الجذور القطنية
العجزية المصعصية وحدها إصابة شديدة .

دخل المريض . . مستشفى دمشق العام في ٥ كانون الثاني من السنة ١٩٣٠ لضعف سابقه
وخلل في مصراته يعود عهداً الى سنتين وسببهما إحدى طوارئ العمل فقد سقط على
ظهره ورأسه عمود غليظ طواه طياً جاعلاً رأسه ملاصقاً لقدميه وأبقاه في السبات عشرة

ايام وقد روى له من شاهده وقت الحادث ان انفه واذنه الايمن ترفاً دماً غزيراً وقد ذكر هو نفسه ان سنين من اسنانه قد كسرتا وانه حينما من تسبته في اليوم الحادي عشر كانت في اجفانه كدمات واسعة ولا تزال . ولسنا نعلم ما اتخذله من التدابير الاولى ولكننا نعلم ان البزل القطني لم يجر اذ ذلك وقد اصيب المريض يومئذ على ما ترجح بشق في طبقة الجمجمة الامامية مع ارتجاج دماغي شديد يعال لنا اللسبات . وعند محوه اشتكى ما يشكبه اليوم اضطراباً ظل باقياً رغم توسط جراحني تجري على العمود القطني لا يزال اثره الدبي الخطي ظاهراً في الوسط وقد ثبت رسم الاشعة الامامي الخلفي والجانبني ان الصقل (squelette) خال من العكسور والحلوع وان الثوسط قد اقتصر على ربع ناقه الفقرة القطنية الثالثة الشوكي فقط فالعلايم المرضية لم تتبدل والمشهد السريري بقي كما هو اليوم .

وقد لاحظنا لدى معاينته ان في طرفيه السفليين ضموراً هو اوضح في اليمين منه في اليسار حيث قوة البصل اضعف وان جميع الحركات الفاعلة ممكنة ، حتى ان المشي ممكن على الرغم من صعوبة للاضف المضني وان المطابقة سليمة ومنعكسات الدائرة « وتراخيوس » محوذة والمنعكسات الداغضة موجودة لا بل متزايدة قليلاً ، والمنعكسات الاخضية مضحكة وكذا منعكسات العنق ولكن تقاصاً بطنياً ببعض عنها واما المنعكسات البطنية فباقية وان اضطرابات الحس عظيمة ومرتبة ترتباً جذرياً : في مناطق الاعصاب العجزية الثالث والرابع وال الخامس ، فقد الحس تام باللس (الأم) والحر والبرد وفي منطقة العجزيين الاول والثاني تناقص في الحس وفساد حس في اقسام واقعة بين حدود القطني الخامس اي في اجمام القدم وفي القطني الرابع في القسم المتوسط لوجه الساق اليمنى الانسي ، ولم نجد في اي نقطة من نقاط جسده فرقاناً حسيماً كما في تكهف النخاع (syringomyélie)

ويشكو المريض عسراً في البول ولا يشعر بحاجة اليه ولا يمروده ولكنه يبول بارادته ويبتون ألفترة التي جأ اليها أولاً ، الاتعاط والشبق فضحلان والقبض عنيد والانكسبات الشرجية محوذة وتشاهد اختلالات اغذائية : فقاعات وحرار ورقة في الجلد في مناطق العصيين العجزيين الرابع والخامس حول حاشية الشرج :-

وقد جئت من اتفاعلات التكهربية للمعلومات التالية : في الايسر تفاعل حوول في العضلات المعصبة بالاعصاب الالوية والسداذي والفخذي والوري وفي الايمن تفاعل حوول

تسمي في المناطق نفسها مع تفاعل حوّل تام في المنطقة العضلية لاوركي الأبيض الأبيض
والالوية الكبيرة وقد استخرج بالبرق القطبي مائع رائق سال قطرة قطرة طبيعي من الوجتين
الكهوية والحلوة

يستنتج مما تقدم ان المريض اصيب بتناذر ذنب الفرس غير اننا لانستطيع
القول باصابة المخروط النهائي بانصباب دم في النخاع (hématomyélie) حين
الرض لخلو المريض من الفرقان الحسي كما في تكهف النخاع ولان آفات
المريض تحف او ترّداد منذ اليوم الاول الذي اصيب به حتى الآن ولان
التفاعل السكري يثبت لنا هذه الحقيقة مينا ان الحراب وقع على الجامعة
العصبية المحيطة .

وتستتج آلية حدوث العلة من استجواب المريض : فانه اتى اثنتا تحت
عمود غليظ حتى ان العمود الفقري مطّ بشدة ومطّ معه ما فيه وانا للعجب
كيف ان رضى عني كهدالم تصحبه آفات عظمية شديدة بالاقتران كما اثبت
الاشعة وابان التوسط الجراحي الخفيف الذي اقتصر على زرع ناقي الفقر
القطنية الثالثة الشوكي ومهما يكن فان النخاع ظل سالماً ولم ينصب دم فيه
ودلينا خلو المريض من الفرقان الحسي كما في تكهف النخاع وفقد الاعراض
المهرمية . وتصحب النزوف النخاعية عادة آفات الجذور القطنية المعززة المحدث
بالمط فقدها في المشاهدة التي نوردتها صفة نادرة . وزبدة القول ان جذو
ذنب الفرس هي التي اصابها الحادث وحدها وان ابعدها واقصرها (الجذور
المعززة المعصية) كانت اشدّها اصابة ولعل قصرها وقصر نمدها التي
ترتبط بالسحايا من جهة وبالعظام من جهة اخرى لم تسمح لها بالتمدد الكافي

فاصابها ما اصابها والعلامات الدالة على اصابة الجذور العجزية الاولى والقطنية اختف ومع ذلك فان القطني الاول الذي يسلم عادة لخروجه من القناة الفقرية حذاء المخروط النخاعي ونجاته من العوامل التي تحدث تأثيراتها تحت نهاية النخاع ، لم يبق سالماً في مشاهدتنا هذه لان العضلات التي يمصبها الوريكي بدا فيها بعض الخوول . وان ما في مريضنا من الاعراض ليس متناظراً لان معظم الضمور والاضطرابات الحسية والكهرية واقع في الجهة اليمنى فيستنتج من هذا ان العمود الغليظ الساقط لم يثنِ الجذع تماماً حول المحور بين الحقيين فأضيف قتل الجذع الى المطوحدث ما حدث .



اشكال الداء الرثوي السريرية

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

يطلق هـ . غرونه كلمة الرثة على آفات حادة او مزمنة تبدو اعراضها ولا سيما في المفاصل والرثة في الواقع تناذر (syndrome) لم يصنف بعد تصنيفاً حسناً اسبابه وامراضه مختلفة .

ويبدو في بعض الاحيان داء انتاني يدل سيره الحاد او الخفيف الحدة وكثرة تعرقه بآفات في الاغشية المصلية (التهابات الشغاف والتأمور والجنب وغيرها) ونفع الصفصافة « ساليصلة » فيه على انه رثوي وهو احق من غيره باسم الداء الرثوي ويتغاب ظهور الاعراض المفصلي فيه على انها ليست اساسية دائماً فقد تكون خفيفة جداً وقد لا يظهر لها اثر . ولذلك فان قسمة الداء الرثوي المفصلي ليست صحيحة كل الصحة بل انها تنطبق على اكثر مظاهر هذا الداء او بالاحرى على اظهرها ويرجع اطلاق الداء الرثوي عليه . وقد تناول العلماء بحث الرثة في السنين الاخيرة وفي زمرتهم غرونه ونذكر فيما يلي النماذج الاساسية من اشكالها .

الشكل المتغلب اعراضه في المفاصل او الرثة المفصلي الحادة

لا يخفى ان هذا الشكل يبدو كمرض حمي تصاب به عدة مفاصل ولا سيما

الكبيرة ينتقل الالتهاب فيه من مفصل الى آخر ولا تكون عاقبة هذا الالتهاب التقيح في الغالب ويبدو لون الوجه فيه شاحباً ومن اعراضه العرق ويتمرقل خلسة بالتهاب الشفاف والتأمور وكثيراً ما عاد او نكس .

ولا بد من الانتباه لبعض النقاط فكثيراً ما بدأ بخناق ويقع ذلك في ثلث الجادات تقريباً . هذا ولما كانت الحادثات التي تبدو بخناق كثيرة فقد فكر بعضهم ان باب الدخول هو اللوزة واقترح استناداً الى هذا الرأي ان تستأصل اللوزة تحاشياً للعودة غير ان غروته ليس من هذا الرأي .

وتدخل الاضطرابات الحمضية في زمرة الاعراض الأساسية وتبدو بثلاثة اشكال

١- اسهالات تسبق إصابة المفاصل وتستمر من ٨-١٥ يوماً وهي تقل متى ظهرت الاعراض المفصلية او قبل ظهورها يوم او يومين او بعدها وقد تصحبها حمى

٢- امساك يسبق التهابات المفاصل او يصحبها وقد يكون مفيداً فيحدث انتفاخاً في البطن والاماً فيه وهو يستعصي على المساهل والحقن ولا يخضع الا للصففاة :

٣- اقياء طغامية تارة وحمى طوراً وبقي بعض المرضى قيء اخضر في كل نوبة ترثوية

وليست هذه الاعراض نادرة بل تبدو في ثلث الحادثات ومعرفتها واجبة لانها قد تضل التشخيص

وقد تصحب نوبة الرثية في بعض الاحيان تفاعلات خلوية والتهاب زائدة

بوهماً وتظاهرات في الجلد او تحتها : عقيدات رئوية وطلوعات وفرغرية ذكرها الاقدمون وطفحاً وصفه بستيته تحت اسم الحمى الهامشية (erythème marginé) وهي صفائح غير حاككة بارزة بعض البروز مدورة او مضلعة تبدو ولا سيما في الصدر، في مركزها قسم ملون بلون نحاسي وربما كان منخفضاً وقد يحد هذه الصفائح خط احمر بارز قليلاً . ان هذه الحمى نادرة وقد شاهدها غرونه في احد الاشكال الخطرة

يستنتج من ذلك ان هنالك اعراضاً كثيرة لم يعطها المؤلفون حقها من الذكر يهدي بعضها الى التشخيص ويضله البعض الآخر . ولا حاجة الى الاسهاب في الاعراض المألوفة لانها مدونة في جميع الكتب بل لنفكر دوماً في الرئة القلبية المتروكة التي درسها ريبيرت ويشون ولذا ذكر ايضاً الصفات الخاصة في رئة الاطفال فقد لا تكون مؤلمة او يكون الالم فيها قليلاً وتبدو في عدد قليل من المفاصل وقد لا تظهر الا في مفصل واحد وتصيب بالخاصة المفاصل الصغيرة كمفاصل الفقرات الرقية والمفصل القضي الترقوي او الصدغي الفكي وقد بدت بحنف (scoliose) حاد ظهري قطبي غير مؤلم في بنت لها من العمر ١٢ سنة

اشكال الرئة المفصلي الحادة الخطرة : لسنا نعني بذلك الاشكال الخطرة

بمر اقلها البعيدة فيدخل حينئذ في هذه الزمرة جميع الرئات المعرقة بالتهاب الشغاف الزمن . بل غايتنا البحث عن الاشكال الخطرة منذ حدوثها وصفات هذه الاشكال مختلفة في الغالب فتبدو احياناً بوقوع حادثات حشوية في اثناء سير النوبة المفصلي الحادة او بالتهاب القلب وباحتقان الرئة ووذمتها

والجانب والحوادث العصبية الدماغية او السيسائية وتكون الحمى مرتفعة والحالة العامة سيئة .

وتظهر احياناً صفات الاتان الحادة المشتركة بتظاهرات حشوية اولاً قبل وقوع الاعراض المفصليّة ويدخل في هذه الزمرة ما وصفه جاكو تحت اسم الرثية الحشوية الفجائية الحادة وما وصفه كالر تحت عنوان الرثية التيفية وقد بحثنا عن ذلك مطولاً منذ عام ١٩٢٠ اذ قلنا ان الاعراض العامة قد تغلب فيشابه المرض بسيره حيثئذ الحمى التيفية وتبدو فيه اسهالات او غثيان سابقة للاعراض المفصليّة وقد درس برانسون هذه الحالة تحت اسم اشكال الرثية الاتانية وابان سكلودوسكي الصعوبة في تمييز هذه الاشكال عن الحمى التيفية والبرداء والتهاب السحايا غير ان مشاهداته جميعها تثبت آفة المفصل وقد كانت الآفات المفصليّة متأخرة في بعض مرضاه ومبكرة في البعض الآخر ومتوسطة في الآخرين

اشكال الرثية الطويلة : الرثية هي من الامراض المتكررة والتناكسة ويتبعه المؤلفون الى الاعتقاد بان الرثية مرض مزمن كالزحري والبرداء تتخلل هجمته نوب حادة ليست الا الرثية المفصليّة الحادة المعروفة . غير انه يجب تمييز الرثية المزمنة عن الرثية الطويلة المدة اذ ليكل منهما امراض خاص واسباب خاصة وقد تأخذ الرثية الحادة شكلاً طويلاً مخففاً فيستمر الألم في معظم القدم او رسع اليد بضعة اسابيع او بضعة اشهر مع انتاباج يزول بالاستحمام في الحمامات (المياه المعدنية)

وقد تستمر الرثية عهداً طويلاً متى عصت الصنفاة او اسيتت معالجتها

الداء الرئوي المتظاهر باعراض مفصلية بسيطة : ان هذا الشكل معروف وكثيراً ما يضل التشخيص فقد شاهد غرونة شاباً مصاباً باعراض الحمى التيفية جميعها خلا البقع الوردية غير ان استنبات الدم وتفاعل فيدال بديا سلبيين وقد بدت بعد مدة اعراض مفصلية خفيفة نهته الى طبيعة المرض فاعطى جرعات كبيرة من الصفصافاة كانت تيجتها الشفاء السريع. ولا يبعد ان تنقلب في الرئة احياناً الاضطرابات الهضمية والاعراض الحلية مما يدعو الطبيب الى الخطأ في التشخيص فيستنتج مما اسلفناه ان الانتباه لآلام المفاصل واجب حتى متى كانت متأخرة وخفيفة ومستقرة في مفصل واحد او في مفصلين.

اشكال الداء الرئوي خارج المفصل فكر غرونة في ما اذا كان الداء الرئوي قد يقع دون ان ترافقه اعراض مفصلية مطلقاً وسبق لروسو ان ذكر الاستقرارات الدماغية والجنبية والرئوية والشغافية والتأمورية بدون اعراض مفصلية.

ويعتقد غرونة بذلك غير انه يرى ان الامر مبالغ فيه لان الرئة الناكسة او المتكررة قد تبدو بدون اعراض مفصلية كما يصادف احياناً في ازدياد الامراض القلبية الناجمة من الرئة اثر وثبات حمية هي في الحقيقة تظاهرات رئوية وهذا ما دعاه ريير ويشون الرئة القلبية المترقية. غير ان هذه الحالات جميعها قد سبقها دور مفصلي حاد لم يبق من آثاره الا تظاهر حشوي واحد. هذا ويعتقد غرونة بالاشكال التي لا تحالطها اعراض مفصلية مطلقاً وفيما يلي بحث عن ذلك

الاشكال الاتانية الصريحة : تبدو الاشكال الخطرة مشابهة باعراضها

للحمى التيفية: اسهالات، قرقرة في الحفرة الحرقية او امسالك وغثيان، انتفاخ
 بطن، نبض متسرع او مزدوج القرم (dicrote) لسان احمر في ذروته
 وحوافيه كتن، طحال ضخم في بعض الاحيان. اما اللطخ الوردية فقودة
 واستنابت الدم وتفاعل فيدال فسليان. غير انه من الممكن في هذه الحالات
 تعيين اعراض خاصة تدل على الرئبة كالتهاب الشغاف واحتكاك التأمور
 والجنب وعقد تحت الجلد وقد تكون هذه الاعراض وقتية ويجب في كل
 حال متى شك في الامر تجربة الصفصافة فان افادت دلت على
 الرئبة وكثيراً ما ينكس المرض باعراض مفصلية او تسبقه اعراض داء
 الرقص. ويمكن ادماج بعض حالات خاصة في هذه الزمرة يشكو
 المصاب بها حمى معتدلة ولكنها مستمرة ذراصة وشحوب لون الوجه واصفرار
 البطانات الظاهرة وسعالاً واعراضاً معدية معوية مما يجعل الطبيب في شك
 باصابة مريضه بذات القصبات او سل الرئة وتبدو بعدئذ علامات قلبية
 تجلو التشخيص فيتم الشفاء بوضع جرعات من الصفصافة

وقد تبدو هذه الحادثة في من اصابوا بالرئبة فيسهل التشخيص

الاشكال الحشوية الصريحة : نذكر في هذه الزمرة استقرارات الاتان

الارتوئي المضوية التي لم ترافقها تظاهرات مفصلية .

الاشكال القلبية : هي اكثر الاشكال الحشوية وقوعاً يصاب اولاً

التأمور وقد يظن ان اصابته سلية لان سير المرض بطيء والحمى مستمرة
 وليست الحرارة مرتفعة ارتفاعاً زائداً ويصحب ذلك تحول شديد غير ان

الصفصافة تخفض الحرارة وتزيل الاحتكاك وتشفي المريض

وقد شاهد غرويه مع دلالات حادثة رئية بدت بوهط القلب (collapsus) مع ازرقاق وبرودة وصغر النبض وغير ذلك من اعراض انقلاب ثم ظهرت احتكاكات في التأمور فشك في طبيعة المرض الرئوية وقد تحقق هذا الشك بزوال الاعراض المذكورة باستعمال الصفصافة

وشاهد اتيان حادثة التهاب عضلة القلب (myocardite) الرئوي الحاد الخطر مع حمى وبدون تظاهرات مفصلية او تأمورية او شغافية شفت سرياً بالصفصافة. وشوهد في شخص آخر ان التظاهرات المفصلية اصابته منذ اربعين سنة.

وقد تبدو الرئية بالتهاب الشغاف مع حمى درجتها مختلفة الاشكال الجنبية الرئوية (pleuro-pulmonaires) ليست نادرة وقد ذكر تروسو شيئاً عن ذات الرئة الرئوية بدون تظاهرات مفصلية وقد شاهد كاتالا وأوليفيه حوادث احتقان رئوي جنبي تم شفاؤها سرياً بتأثير الصفصافة وذكر كوساد وريهر حادثة بدا فيها التهاب الجنب الرئوي واستمين على التشخيص بسوابق المريض الذي كان قد اصاب برئية نموذجية وذكر بوتيو حادثة جنبان رئوي السكالي.

الشكل المريئي (l. œsophagienne) نادر وقد نوه عنه موديس رينو في الرئية المفصلية بقوله ان آلاماً رئئية قد تسبق الاعراض المفصلية او تتأخر عنها. وقد شاهد غرويه حادثة واحدة اصاب المريء فيها بالرئية وبدت علامات عسر بلع والام وغير ذلك من الاعراض بدون اعراض مفصلية الاشكال الجراحية الموهمة : (l. pseudo-chirurgicales) نذكر تحت

هذا العنوان الاشكال البطينية مع علامات التهاب الزائدة الموهم ولم نشاهد اعراضاً خلية (بريتونية) مجردة مطلقاً . وقد شاهدنا مع الدكتورين سوفه وغرن التهاباً رئوياً في المراحة

وقد اثبت غرويه اشكالا عفنية مقيحة للدم مع تقريح او بدونه وهي تتصف بتظاهرات حشوية وحالة اتانية خطيرة جداً وشاهد ابنة لها من العمر ثماني سنوات حكم بعض الزملاء بانها مصابة بجناب قحي لانها شكت اولاً نافضاً (frisson) فجائياً وحى درجتها ٣٩ وكان لون وجهها شاحباً وزلتها (dyspnée) شديدة ولسانها جافاً وشفثاتها كذلك وقد بزلت استقصاء فاذا بالقيح يخرج مع البزل ثم ظهر عرض اخر وهو الاحتكاك في ناحية القلب . فحص القيق فلم تر فيه مكورات رئوية (pneumocoques) ولا غيرها وقد بدت على الصدر عناصر طفح كما يقع في بعض الاشكال الرئوية الحطرة وهذا ما جملنا نجسر على اعطاء المريضة جرعات كبيرة من الصفصافة ريثما تأتينا نتيجة الاختبارات المخبرية الاخرى ولا حظنا على اثر ذلك ان الحرارة قد هجمت والحالة العامة تحسنت والقيح غار بدون بزل وزال الاحتكاك في التأمور . ولم تشتك هذه الابنة في وقت من الاوقات اوجاعاً مفصلياً . يستتج من ذلك ان الرئية قد تحدث قيحاً ويشاركنا في هذا الرأي لوسنه وهوك وعليه فان شريعة لاساغ القائلة بان الرئية لا تقيح ليست مطردة

اما الاشكال العصية الصريحة فنادرة وذكر تارغولا التهاباً دماغياً رئوياً اما الآلام العصية الرئوية كالآلام الوردكي وغيره فليس لها على رأينا علاقة

بالداء الرثوي

والآن لنأت بالاستنتاجات .

ان الداء الرثوي مرض حاد وليس له شكل مزمن ويبدو باشكل مختلفة

١ - اشكال مفصلية صريحة

٢ - اشكال اعراضها المفصلية خفيفة

٣ - اشكال غير مفصلية

اما المداواة فتختلف من حالة الى حالة وقد اعتدنا ان نبدأ بستة او ثمانية غرامات من صفصافة الصوده ثم نزيد الجرعات سريعاً فاذا لاحظنا ان المريض لم يمد يحمّل العلاج تترك المداواة يومين او ثلاثة ايام ثم نعود اليها . اما في الاطفال فلا نكتفي بـ ٠.٥٠ يوماً بل نمطي من ٦ - ٨ غرامات الاولاد الذين عمرهم من ١٠ - ١٢ سنة و نزيد المقدار في بعض الاحيان حتى ١٠ غرامات ويجب الانتباه اثناء المداواة لحالة الكلية



طريقة لمعالجة الداء السكري

والمريض عاكف على عمله

ترجمها الاستاذ شوكة الشطي

جالد دوجون

الداء السكري من اهم الامراض المزمنة التي زاد عدد الوفيات بسببه زيادة محسوسة وقد لاحظ الاطباء ان عدد الاصابات بالداء السكري ازداد عن ذي قبل ولعل السبب معرفة الداء وتشخيصه السريع وكثرة الانجاء الى التحريات المخبرية التي تبكشف القناع عن كثير من الادواء السكرية الخفية او المقبضة التي لا تتظاهر بالاعراض المألوفة . فبذلك عن ان عديد المستشفين قد ازداد ايضا بسبب انتشار الطرق الحديثة في مكافحة هذا الداء بعد ان كان يظن المصابون به ان مرضهم عقيم لا يفعل به علاج . وقد جد دوجون في ايجاد حمية بسيطة لا تثقل على المريض ولا تنقص عيشه ولا تحرمه مزاولة اعماله . وقد بلغ امنيته باتباع تعليم شارل تيرن وذلك بان توصف حمية غنية بالشحوم وفقيرة بالناصر المائية الفحمية والاحينية ولا يخفى ان اكثر الاطباء يخشون الشحوم لان بعضهم يرى فيها خطراً يهدد المريض بمحموضة الدم (acidose) ويرغب الآخرون في تمرين المشكلة (بنكرياس) المريضة او بالاحرى الجهاز الناظم للغليكويز على هضم المواد الآحينية والمائية

اتحمية فيصنفون لمرضاهم اطعمة فيها المواد المذكورة

ويقسم دوجون المصابين بالداء السكري فئتين فيعالج الفئة الاولى في المستشفى والفئة الثانية وهي تراول اشغالها . اما المعالجة في المستشفيات فليست موضوع بحثنا لانها معروفة ولا يلجأ دوجون اليها الا في الاحوال المعرقة التي تستدعي مراقبة الطبيب الدائمة . اما المعالجة القديمة وهي الهامة فيختار لها من كان مرضهم خير معرقل بسل او معرض قلبي او التهاب كلوي الخ ولا سيما من كانوا بعيدين عن عرقة السبات ولا يشكون اي عرض من الاعراض الدالة على دنوه كالدار ووهن القوى والقمة والقيء وألم المغدة والاتجاه الى النوم والنفس العميق الصعب والثاؤب المستمر . ولعلم ان احد هذه الاعراض او بعضها ليس علامة منذرة بالنسبات المؤكدة . بل قد ينجم من توقعك بسيط . والافضل في هذه الحالة اذا لم يكن للطبيب معرفة سابقة بمرضه ان يدخله للمستشفى فيراقبه فيه ريثما يعرف سبب هذه العوارض وما اذا كانت منذرة بالنسبات ولا يترك المستشفى الا بعد ان يزول خطرهما . يبدأ دوجون معالجته بحمية بسيطة مؤلفة من ٢٠٠ غرام زبدة و ١٠٠ غرام خضروات وتحتوي هذه الحمية على ٣٠ غرام مائة الفحجم و ١٥ غرام آحين و ١٧٠ غرام شحم وهي تنشر ١٧٠٠ حرة (calories) في اليوم ويسمح لمرضاه بتجرع القهوة والشاي والمياه المعدنية وقدر نيزد . وهذه الحمية بسيطة جداً وحسابها سهل . ينصح دوجون لمرضاه باتباعها اسبوعاً على ان يأتوه وهم على الريق (لتقدير كمية السكر في الدم) مستصححين جزءاً من بول ٢٤ ساعة بعد قياس كميته . فيفحص البول ويتجرى

السكر والحلزون فيه فاذا كان في البول سكر ينصح للمريض باتباع الحمية المذكورة اسبوعاً اخذ على ان يحصى خلاله يومين حمية مائة فاذا بقي السكر في بوله بعد اتباع هذه الحمية اسبوعين خالج دوجون الشك بان المريض لم يتبع التعليم التي أعطيها او بان بنيتة لا تتحمل ٣٠ غراماً من مائة الفحم واصبح استعمال الانسولين في هذه الحالة واجباً فيدخل المريض المستشفى كما في الحادثة التالية

ب. س. أ. — تاجر متأهله من العمر خمسة واربعون عاماً استشار الطبيب المؤا اليه في ٨ آب سنة ١٩٢٨ وقد سبق ان استطب عند احد الاختصاصيين فوصف له حمية فيها ٦٨ غراماً من مائة الفحم و ٧٧ غراماً من الآحين و ١٣٠ غراماً من الشحم ولم يكن في بوله اثر من السكر. ثم استشار دوجون لانه لم ير طبيبه منذ ستة اشهر ولان قواه اخذت تخور واصبح جسمه نحيلاً

وتبين من الفحص ان مقدار السكر في دمه المستخرج على الريق ٠,٢٧٥ في المائة وان في بوله ٦٠ غراماً من الفليكوز. وكانت تفاعلات امبرت والثيلة وصفراوين البول شديدة فاشار عليه ان يستعمل في ١١، ١٣، ١٤ و ١٥ آب حمية (المركبة من ٢٠٠ غرام زبد و ١٠٠٠ غرام خضراوات) وان يصوم في ١٢ منه .

ولدى معاينة البول في ١٥ منه لم ير اثرأ للفليكوز وعاد تفاعل امبرت خفيفاً وكانت كمية السكر في الدم على الريق لا تزال زائدة اذ لم يهبط مقدارها الا ل ٠,٢٣٧ في المائة ولما كان مقدار السكر في الدم زائداً افهم المريض بالحاجة الى الانسولين فرفض استعمال العلاج المذكور فاضطر حينئذ ان يصف له في ١٦ و ١٧ و ١٨ آب حمية مركبة من ٢٠٠ غرام زبدة و ١٠٠٠ غرام خضراوات وبيضة وصام في ١٩ منه واستعمل الحمية في ٢٠ و ٢١ منه وظهر في ٢١ سكر في البول وكانت كمية الفليكوز في الدم تعادل ٠,٢٣٤ في المائة . فاشار على المريض ثانية باستعمال الانسولين فرفض وغاب وشاهد المريض في شهر اذار ١٩٢٩ مدعواً لمعاينته مع طبيب آخر كان اجبره على استعمال ٦٠ وحدة انسولين في اليوم . ثم ظهر مع المريض وذمات في الساقين والوجه وحبث وقد استشير بشأنه مرة ثانية في شهر اذار

فاشار عليه بالدخول للمستشفى حيث عولج وقد ترك المستشفى بعد اسبوعين وهو يستعمل حمية فيها ٩٠ غراماً من مائة الفحم و ١٠٠ غرام من الآحين و ٣٠٠ غرام من الشحم و ٢٠ وحدة انسولين في اليوم . ولم يعد في البول غليكوز وخلون وزالت الوذمات والحين . فتكون الحمية التي كلف المريض بها في آبدليلاً جيداً على ضرورة استعمال الانسولين ومتى ظهر له ان بول المريض الذي استعمل حمية خلال اسبوعين لا يحوي سكرأ زاد غذاءه . ويجب ان تكون الزيادة الاولى بسيطة مؤلفة من بيضة واحدة او ٥٠ غراماً من البطاطا . ويزاد في المرة الثانية مقدار البطاطا حتى مائة غرام وتضاف بيضة ثانية اذا تحمل المريض الزيادة الاولى فتصبح الحمية مؤلفة من ١٠٠٠ غرام خضر و ٢٠٠ غرام زبدة و ١٠٠ غرام بطاطا ويصنعت فينشر منها ١٩٦٢ حرة (calories) ويتوصل الى هذه الحمية عادة في ثلاثة اسابيع . فاذا لوحظ بعدها انه لا سكر في البول اضيف الى ذلك ٢٠ غراماً من الخبز و ٢٥ غراماً من الجبن وانقصت الخضر والزبدة قليلاً ثم اضيف الى الحمية المذكورة تدريجياً اثمار ولحم وسمك وانقصت الخضر والزبدة . ويبلغ المريض في بضعة اسابيع حمية كافية لذيذة الطعم ومتنوعة وانا ندرج في الجدول الآتي مثالا لمعالجة مصاب طوله ١,٦٠ متر

ووزنه بين ٦٠ — ٧٠ كيلواً

اليوم	المداداة	الغذاء اليومي	مائة الفحم	الآحين	الشحم	الحرات
١	٧	الف غرام خضراً و ٢٠٠ غرام زبدة	٣٠	١٥	١٧٠	١٧١٠
٨ --- ١٢	١٢	الف غرام خضراً و ٢٠٠ غرام زبدة	٤١	١٦	١٧٠	١٧٥٨
		و ٥٠ غرام بطاطا				
١٣ — ١٧	١٧	الف غرام خضراً و ٢٠٠ غرام زبدة	٤١	٢٢	١٧٦	١٨٣٦
		و ٥٠ غرام بطاطا و بيضة				

ايام المداواة	الغذاء اليومي	مائة الفحم	الآحين الشحم الحرات
١٨-٢٢	١٠٠٠ غرام خضراً و ٢٠٠ غرام زبدة و ١٠٠٠ غرام بطاطا و بيضتان	٥٢	٢٩ ١٨٢ ١٩٦٢
٢٣-٢٧	٧٠٠ غ خضراً و ١٥٠ غ زبدة و بيضتان و ٢٠ غ خبزاً و ٢٥ غ جيناً	٥٠	٣١ ١٤٥ ١٦٢٩
٢٨-٣١	٥٠٠ غ خضراً و ١٥٠ غ زبدة و ١٠٠ غ بطاطا و بيضتان و ٣٠ غ خبزاً و ٢٥ غ جيناً	٥٤	٤٢ ١٤٧ ١٧٠٧
٣٢-٣٥	٥٠٠ غ خضراً و ١٥٠ غ زبدة و ١٠٠ غ بطاطا ، بيضتان ، ٤٠ غ خبزاً و ٢٥ غ جيناً و ١٠٠ غ بطاطا و ١٠٠ غ شحاً	٥٨	٥٤ ١٤٨ ١٧٨٠
٣٦-٤٦	٥٠٠ غ خضراً و ١٥٠ غ زبدة و ١٠٠ غ بطاطا ، ٤٠ غ خبزاً ، ٢٥ غ جيناً ، بيضتان ، ١٠٠ غ تفاحاً و ١٠٠ غ قشدة	٦٢	٥٨ ١٧٢ ٢٠٢٨
٤٧-٥٧	٥٠٠ غ خضراً ، ١٥٠ غ زبدة و ١٠٠ غ بطاطا ، بيضتان ، ٥٠ غ خبزاً ، ٢٥ غ جيناً ، ١٠٠ غ تفاحاً ، ١٢٠ غ لحماً و ١٠٠ غ قشدة	٦٦	٦٣ ١٧٧ ٢١٠٩

ويمكن الاسراع بالوصول الى هذه الحمية في اقل من المدة المذكورة كما شاهد دوجون في الكثيرين ويجب ان تكون الزيادة تدريجية ومنتظمة ولا تتراد مائة الفحم والآحين الا بمقادير جزئية .

يتضح مما تقدم ان هذه الحمية بسيطة تولد حرات كافية وان اطعمتها متنوعة تكاد لا تحرم المصاب شيئاً وهي فضلاً عن ذلك توفر نفقات باهظة من ثمن المستحضرات الطعمية الخاصة بالسكريين وتحدث فراغاً في المستشفيات احق به مرضى آخرون

محاضرة جان لويس فور

القاها في قصر الفنون الجميلة في بروكسل

ترجها عن الجرائد الفرنسية الدكتور بشارة اسطفان

بعد ان حيا الاستاذ جان لويس فور بعباراته الرقيقة جلالة ملك البلجيك
والملكة انتقل الى موضوع خطير وبين ما للضمير من الالهية في فن
الجراحة وما يحمله الجراح من التبعة خلال عمله فقال :
حينما نمر وتلامذتنا يبطء امام أسرة مرضانا لا نشعر بتلك السلطة
المعظيمة التي تملكها في ايدينا فنلفظ بصوت خافت الكلمة الاخيرة ونقرر
العملية عالمين كل العلم ان تلك الكلمات الواقعة في السكون العميق تستطيع
كقرار الحاكم ان تقذف المريض الى عالم الاموات . فيا لها من سلطة
لا تضاهيها سلطة .

وتحت قبة المجالس والمحاكم المهيبة وامام جبة القضاة الخمراء والقراء البيضاء
وبين الشعب الخائف تنفذ عدالة الانبياء وفي غرف المستشفيات العارية
وبين الاسرة حيث يرقد مرضانا بهدوء وصبر نسمع كلماتنا التي تتعلق بها
حياة المريض دون استئذان او تمييز كأنها الحكم المنزل . فليرشدنا الرب لنحفظ
سلطاننا خيراً للعباد .

فلا يحق لنا اذن ان نحترف تلك الجراحة المفيدة اذا لم تكن فينا قوة تمكنا من احترافها وتسهيل لنا التوسط الجراحي الذي يحمل دائماً الخطر على حياة المريض فالجراحة ملائمة بالمسؤوليات العظيمة التي لا يمكننا حملها الا بعد التمرن الطويل فيتوجب علينا اولاً ان ندرس تركيب الجسم ذلك الفرع الذي يهمله الكثيرون والذي يقوي ثقة الجراح بنفسه ويمكنه من معرفة ما يعمل فينير الطريق الذي يسلكه ويشغل بجسارة وطمأنينة. ويجب ان ندرس فن التشخيص الذي يكتسب بالتمرن والتجربة لا بمطالعة ما ينشر في الكتب لان في التشخيص اهماً شخصياً وغيرة ثابتة يتولدان من شعور ففي اكثر من القواعد العلمية المستقلة، فلنسع وراء الفن العلمي الذي يتسلح به الجراح في ساعاته الحرجة ويخرج منها ظافراً فالى العمل الجراحي تنبج أهم النقاط الجراحية فاي فائدة نجتنيها من تلك المجلدات الضخمة او من تلك الامثولات التي تلقيناها في المدرجات يوم نكون ازاء عملية جراحية خطيرة. ان على منضدة العمليات يُدرس الفن العملي وبالتمرن الذي نعمله مع معلم شهير في اجراء عملياته او بالاشتراك معه في الاشغال الدقيقة التي لا تُنظر الا عن قرب نستطيع ان نطلع على الصعوبات الجديدة ازاء العمل الجراحي وسوف نشعر يوماً اننا قادرون على اتقائه . ولا تظهر الصفات الشخصية في الجراح الا من الفن العملي (art opératoire) لانه لا يكفي ان نساعد معلمينا في عملياتهم مبدئة طويلاً وان نشغل وتفكر وتعلم بل يجب علينا ان نكتسب ولو بعد امد بعيد تلك الصفات التي تميز الجراح عن غيره . وهذه الصفات المكتسبة تبدو بين جراحين ماهرين كما يبدو الفرق بين نقاش مبدع يكسب الجماد

بازميله الحياة والنطق ونقاش آخر لا يزال الرخلم بين يديه جامداً صامتاً .
ثم نرى ان عدداً كبيراً من التلاميذ والجراحين الذين أتوا من بلاد
بعيدة يقصدون الى الاساتذة المشهورين ليرتووا من موردتهم ويكتسبوا
ما ينقصهم من الفن العملي . ولكن نظراً الى كثرة المرضى يعجز الجراح
وحده عن اجراء العمليات كلها فيضطر اذن في كل يوم ان يمهّد بعدد
منها الى بعض الجراحين المشتركين معه في العمل فيترتب على اولئك الاطباء
ان يحرزوا ثقة معلمهم وان يتمموا واجباتهم بنشاط

ثم بحث الاستاذ جان لويس فور في واجبات الجراح وبين ان كل جراح
لا بل كل طبيب له الحق بل عليه ان يسعى بنفسه وماله ليخلص المجرّوح من
نزف غزير يهدد حياته او من فتق محتق مصاب به فالعلم وحده لا يكفي
لانه سيف ذو حدين مخيف اذا لم تنقله يدٌ تتحرّكها تلك القوة العظيمة
المتباعدة من اعماق نفوسنا اغني بها الضمير . فالضمير يرشدنا في الاوقات الحرجة
متى كانت حياة المريض بين حد مبضعنا ومقراضنا وهو وحده الذي يأمرنا
بالتواضع متى حرّكنا حب العظمة واجرينا عملياتنا الصعبة فبشعرنا بانفسنا
كانها النسر المخلق فوق قمم الجبال . فلا يفرتنا اللعب بحياة المخلوقات حينما
نشعر بتلك السلطة العظيمة التي نتسلح بها فامنحن الا ذلك القائد الذي
يلقي بكلمة تخرج من فمه بجيشه الى الموت او الى الظفر

ولنعلم ايضاً ان مسؤوليات جمة تلقى على كواهلنا متى اشرنا من اعالي
منابرنا الى نصائح مفيدة حققناها باختباراتنا فاذا بها آلة قتالة في ايدي اناس
غيرنا لم يتقيدوا بالمعلومات التي ينهاها . والصحف والمجلات العلمية تنقل

محاوراتنا في اقطار العالم كله ليدرسها زملاؤنا ويعطوا رأيهم فيها وكل كلمة تُلفظ هنا تُحيي وتميت في بلاد بعيدة عدداً لا يُحصى من الناس
 لعمرى اي ضرر كان أُلحق بالحقيقة مناقضو باستور العظيم لو تمكنوا
 من تثبيط همّة هذا الرجل الذي تغلب على صعوبات الزمان الماضي والمستقبل
 وناضل المرض والموت اولواهم اضعفوا فيه تلك الثقة التي كانت تحرك
 قلبه ونفسه ؟ فلنثبت اذن ما نستطيع اثباته او فلنصمت . ولنستمن بضميرنا
 الذي هو فوق علمنا وفننا وتجاربنا والذي يسكن في اعماق نفوسنا ولا يتغير
 فهو الكلمة التي تثير شعورنا وتحرك أشرف العواطف في قلب الانسان
 وهو الحقيقة الظاهرة لعين الناظر الذي حكم عليه ان يكون كل يوم تجاه
 الاعمال الخطيرة . فما نحن الا رجال "نعمل في ميدان الجهل نضل" احياناً عن
 طريق الحقيقة ونعرض للغرور فنتيه في ظلام الاوهام ونسلك الحياة الخطرة
 المفعمّة بالاشغال الشاقة التي يتوجب علينا اتمامها .

أجل ان واجبنا باهر لما نصغي الى المثل القائل اصنع بالغير ما تريد
 ان يصنعه الغير بك . ولننظر دائماً الى الجهة الموافقة لمرضانا ولكن كل ذلك
 اقوال لا يعمل بها لانه من الصعب ان نعرف الجهة التي يجني المريض منها
 نفعاً والحيّة ترقب تجاربنا وخيال الموت يخيم فوق اعمالنا فهذه هي الصعوبة التي
 تتمثل امام عيننا متى اتانا شخص يقرأ على وجهنا ما سنقرره في امر حياته
 وكما يصعب علينا لما يخولنا الواجب الجزم في مسألة المريض ولا نسيا لما نفكر
 ان حياة الرجل والولد والمرأة تتعلق بقرارنا هذا غير عارفين ما يجنبه لنا
 الغد من النجاح او الحية

فالواجب اذن الواجب الذي قذف بالنفوس الكبيرة الى الموت والذي خلد اسماءها في صفحات التاريخ يرغمنا ان نقرر عملنا دون ان نعبأ بالخوف التي يهددنا بها المستقبل . نعم كما ان الجندي يفضل الموت والانطار تحت انقراض القذائف على الهزيمة هكذا يجب ان يفعل الجراحون فلا يضربون عن التوسط الجراحي خوفاً من خطره بل عليهم ان يفعلوا ضناً بحياة مرضاهم لان امساكهم عن العمل يفضي لا محالة الى الموت . فيتوجب علينا نحن الجراحين الذين نملك احسن الطرق الفنية ان نشط مرضانا ونحرضهم على قبول التوسط الجراحي الذي نكافح به المرض الميت . ومتى وضعا امام عيوننا المنافع التي اعطتها الجراحة منذ خمسين سنة الى يومنا هذا نرفع رؤوسنا فخورين دون ان نعبأ باقوال الحساد والمبغضين او باحتجاج الاطباء العاجزين مسلحين بضميرنا الصارخ من اعماق نفوسنا ولا سيما في عصرنا الذي كثرت فيه الاقاويل والشرائع الكاذبة نستعيد منها بضميرنا العادل المجرد من كل شائبة ورذيلة . ولان اعمالنا لا تتقيد بقانون المحاكم وبقوال القضاة الحاضمين للشرائع العديدة بل بالتأجج والفوائد الحسنة للرضى التي هي ثمرة اشغالنا وبالأسف الذي يدمي افئدتنا وبالحسرات التي نشعر بها متى اقترب الموت من مريضنا الذي عجزنا عن شفائه اذا لم نكن نحن سبب موته فن هو القاضي الذي يقدر ان يحاكمنا اذا ضربنا صفحاً عن بعض القواعد الجراحية كالطهارة في اجراء العملية التي يعد اهمالها جرمًا حقيقياً وعن بعض الشرائع التي تظهر عفواً للناظر فمن هو اذن ذلك العادل الذي يقف يوماً ويقول لأحد منا ؛ انك مخطئ في عملك هذا لانك

لم تكن ذاك العامل البارع الذي يتم عمله بدقة واتقان ولانك لم تشعر
ان حياة المريض او موته يتوقفان على مهارتك او اهمالك في عملك. فنتي فهم
القوم انه لا قوانين ولا قواعد تقدر ان تجرم الجراح الذي تحيط به الصعوبات
والمخاطر ان لم يكن ضميره الحي

فاذا انكرت على ذلك الرجل الذي يملك قوته من سلطان القوات
اللق في اتباع وحيه او نبوغه فمن يستطيع اذن ان يخرج هذا الفن العظيم
الذي يحترفه من هاوية الجمول ويطرحه على بساط الاختبار كما فعلنا في السنوات
الخمس الاخيرة فاتيح لنا ان نسير على طرق جديدة لنشاهد عجائب الجراحة
الحديثة والغرائب التي لم يحلم بها الاقدمون

. وفي الختام بين تصفيق الشعب الحاد تذكر الاستاذ جان لويس فور
المرضى والجرحى الذين عالجهم في خلال اربعين سنة احياء وامواتاً .

اصفحوا عنا يا اموات العصر الغابري يا من دفنتم في ساحة الشرف وقضي
عليكم من جراء الموقعة التي اشعلنا لظاها لنحييكم وانتم ايها الاحياء المائلون
امامنا الذين خلصناكم فانكروتمونا ويا من ستخلقون بعدنا من اسلاف شفيانهم
ولم تعرفونا نطلب منكم ان تمزونا في آلامنا . وراكضوا ايها الاحياء
والاموات واسفروا عن وجوهكم . وليصعد صوت ضميرنا في هذا السكون
امام هذا الشعب الصامت ليرن صدهاء في اعماق نفوسنا صارخاً : ان عملنا في
هذه الدنيا مقرون بالفائدة ومانحن في هذه الحياة الا كالفلاح الذي يزرع حقله
ناثراً بذور الحصاد القادم .



التهابات الحصى والبربخ

للدكتور لويس كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

تتضمن تحت هذه التسمية الالتهابات الحادة والمزمنة التي تصيب الحصى او البربخ ولا سيما الاثنين معاً مع اشتراك القيض الداخلي والاسهر (القناة الناقلة للمني) بالالتهاب اشتراكاً متفاوت الدرجات .

تتجم اذن التهابات الحصى او البربخ من عفونة وتأتي العفونة اما من الجوار او من عفونة عامة .

فاذا أتت العفونة من الجوار انتشرت انتشاراً متواصلًا من غشاء الاحليل المخاطي العفن ووصلت الى البربخ بالقناتين الداقتين والاسهر . وقناة الاسهر هذه هي التي تتبعها المكورات البنية (الفونوكوك) في سياق التهاب الاحليل السيلاني والعصيات السلية وربما ايضاً الجراثيم المتبذلة في بعض عفونات الكلية المقيحة فتكثر في احليل المتضيّقين الخلقي وفي احليل الموثين «prostatiques» وجميع من كانت ابوالهم عفنة .

وقد تتبع العفونة الجرى الدموي ولهذا نرى ان التهاب الحصى قد يعرقل بعض الامراض العفنة : الجدري والحمل . التيفية ولا سيما التنكاف . وبهذا الطريق تنتقل عصيات كوخ الى البربخ فتسبب متى كان الشخص مصاباً بسبل

الرثة وكانت مثاته وكليته سليمتين وبسوى هذا الامر لا نستطيع ان نغل
هذه الاصابة .

والطريق البلغمي تسلكه العفونة ايضاً كما تسلك الطريق الدموي .
فقد وصفوا ايضاً التهاب خصية دودية (filiarienne) سببها انسداد الاوعية
البلغمية بدودة الدم ويرافق التهاب الخصية هذا غالباً داء القيل الصفي .
ونشاهد في الممارسة التهابات برنج وخصية حادة ومزمنة واكثر التهابات
الحادة حدوثاً هي التهابات السيلانية واكثر التهابات المزمنة وقوعاً هي
الالتهابات السلية .

لنبحث اولاً في الاشكال الحادة :

نرى غالباً في سياق التهاب الاحليل السيلاني في الاسبوع الثالث او الرابع
وربما قبل ذلك التاريخ او بعده ان الصنف قد اتسج واحمر وتوتر وآلم : وان
هذه الاعراض اخذت بالاشتداد حتى اليوم السادس او السابع ثم عادت
الى الحقة التدريجية . وجس هذه الاقسام مؤلم جداً ومستصعب في دور
الحدة غير ان الجبل المنوي تحت الحلقة الارية (anneau inguinal) يحس
فيبدو ضخماً مؤلماً .

ويحس البرنج ويغطي حافة الخصية الحلقية العليا وينتشر على وجهيها كانه
القلنسوة فيصعب جس الخصية لان الانصباب في القميص الداخلي يشدها .
يشد الارتشاح الالتهابي حذاء ذيل البرنج وربما استحال خراجاً صغيراً
اما الخصية فتندر اصابتها واما القميص الداخلي فيتفاعل ويكثف ولا سيما عند
منشأه والمس الشرجي مؤلم متى ضغطت منطقة الحويصلين المنويين .

والشيء المستغرب هو ان السيلان الاحليلي يخف متى التهاب البربخ وانه يعود غزيراً متى خف الالتهاب. وهذه العوارض الموضعية متفاوتة الشدة فمنها الاشكال الخطرة والاشكال الخفيفة. وربما افضى التهاب الاسهر الى علامات تنبه الحلب «بريتون» واتصف التهاب الحويصلين المنويين بزحير مستقيمي وإمناه (spermatorrhée) ومنى مدمى. وعدا الاعراض الموضعية تشاهد اعراض عامة : حمى عالية تكثن في مجرى الحضم، اقياء وهي الاعراض التي ترافق في الغالب تكون الفلمونات .

وتخف الاعراض جميعها بعد ثمانية ايام ويبدأ الانحلال ولا ينتهي قبل ٢٠ - ٣٠ يوماً . وكثيراً ما لا تعود هذه الاعضاء الى حالتها الطبيعية بل يبقى عند ذيل البربخ ومنشأ الاسهر نواة النهاية في بدنها ثم تصلب فنفسي الى انسداد مجاري المنى انسداداً مؤقتاً او دائماً فاذا وقع الالتهاب في الجانبين زالت النطف من المنى وربما بقيت من الحراج الصغير ثمالة فكانت منشأ لالتهابات البربخ المتكررة .

وقد تعد هذه العقيدات الالتهابية اليئة لالفة السلية

اما المعالجة فهي في زمن الحدة الراحة في الفراش واحاطة الصنف بمباش كتم ورفع في ارجوحة هورن الصيفية بعد تبطئها جيداً بالقطن او على لوح من الخشب . ويفيد وضع الثلج على الصنف ومرهم الارجيرول العشري والتلقيح بالمكورات البنية والخ .

وقد اشاروا في الحالات الخطرة بافراغ الصديد المحتوى في البربخ بالبرزل وبحقن البربخ بالانكترغول (٢ سم ٣) فتسقط الحرارة بهذه الطرق

بأسرع مما في الطرق الاخرى وتحسن الحالة الموضعية .

غير ان اكثر التهابات البربخ الحادة تشفى بالمعالجة الدوائية . ومتى بقي الاسهر مسدوداً يستطيع وصله برأس البربخ غير ان النتائج البعيدة الحسنة لهذه العملية يصعب اثباتها .

ولا تضر الخصية عادة حتى في الحالات الشديدة الخطر . قد يحدث السل نادرا التهابات برنج حادة مشابهة بسيرها لسير التهابات البربخ السيلانية باعراضها الالتهائية : الألم الحاد المفوي وتورم البربخ الذي يكون مع ذلك محذبا بعض التحذب . وقد يظهر سيلان من الاحليل غير ان المعاينة الجرثومية وسير المرض يكشفان التشخيص وعدا ذلك فان العوارض المؤلمة اذا كانت الآفة سليمة تزول سريعا بعد ٤ - ٥ ايام وتبدو في البربخ عقيدات وتتجه الى التقيح فالتنوسر .

ومعالجة هذه الانواع السلية الحادة متى كان الشخص لا يزال متمتعاً بحالة عامة حسنة هي الحصى مع قطع الاسهر عالياً

وقد ميز امبردان التهابات الخصية السلية المبدئية الحادة في الاولاد عن الالتهابات الحصى الحادة التي تطرأ في زمن البلوغ وتنشأ من سبب رضي وهي لا تستحق ان تسمى التهاب خصية لان الالتهاب لا وجود له بل ان الخصية تضرر وتموت وتلقى اذا لم يسرع الى التوسط الجراحي وليس السبب في هذه ، عفونة العامة ولا السيلان ولا السل بل انتقال الجبل المنوي بالآلة لا تزال مجهولة ناجمة من رض فان معلقة الصفن تنقلص وتفضي الى انسداد الاوردة والشرايين فالى تحلّب (infarctus) نزفي مستقل عن كل تعفن على

الرغم من وجود النورم والاحمرار والالام والحراة ، ويصعب في هذه الحالة تمييز الحصى عن البرنج والتوسط الجراحي واجب بسرعة . وهو يقوم بإزالة الالتئال وتثبيت الحصى في قيصها الداخلي وفي وضع حسن .

ونذكر بين التهابات الحصى الحادة التهابات التي تصادف اثرات انتشارات الآفات الالتهابية من الموثة او الحويصلين المنويين بطريق الاسهر في الشيوخ المصابين بأفات بولية كالحصاة وضخامة الموثة وفي المتأخرين الذين تعفن بولهم اثر رض الاحليل الخلقي بالقترة او بوضع مسبار دائم . ومن الجراحين من يقطع الاسهرين في هؤلاء المرضى اجتناباً لالتهابات الحصى قبل استئصال الموثة . غير ان التعفن يظل ممكناً بطريق الاوردة والاووية البلغمية .

واشترك الحصى بالالتهاب اكثر وقوعاً في هذه الحالة مما في السيلان وقد يفضي الالتهاب الى التقيح مع عوارض موضعية وعامة وتكون خراج يبدو على الوجه الامامي للصفن فيستدعي البط

وقد تستقر الامراض العامة العفنة على الحصى نفسها ومثال على ذلك تقدم التهاب الحصى النكافي وهو التهاب برينكي مفض الى ضمور الحصى ونذكر بين الاشكال المزمنة السل الذي يستقر على البرنج وهو اكثر الاشكال وقوعاً وقد يستقر السل على الحصى فيأتي بطريق الدم متى كان الشخص خالياً من السل البولي . وربما انتقل بالاسهر وكان مصدره الكلية متى كان هذا العضو مسلولاً سلاً بدئياً فافضى الى الحصى بطريق الاحليل ففي الحالة الاولى قد تصاب الحصى اولاً وتنتقل العفونة منها الى البرنج وفي الحالة الثانية يصاب البرنج اولاً وقد تنتقل العفونة منه الى الحصى

ويصاب في البربخ اما رأسه فقط أو ذنبه او جميعه دفعة واحدة
وسل الخصية يقع في جانب واحد في بدء سيره ثم تصاب الجهة الثانية
وتصاب الخصية في الولد بالكثرة التي يصاب بها البربخ . وتبدأ الآفة في
الغالب خلصة فلا يتنبه لها وربما نهت الانظار بعض العلامات البولية كالبول
ويلات دم قليلة وسيلان احلي ولم يكشف المريض انتاج برنجه الا صدفة
وتجب معاينة الخصية بعد ان تثبت جيداً باليد اليسرى فيعين وجهها
جيداً باهم اليد اليمنى وسبابتها بعد ان يحدد جسم الخصية جيداً في الامام
ويميز عن البربخ في الورا . ثم يعاين البربخ فيتبع من الاسفل الى العالي
ومن الامام الى الورا او من الورا الى الامام ويجس بالتابع رأسه وجسمه
وذنبه ثم الاسهر الصاعد

ويشعر في دور الصولة متى كان البربخ وحده مصاباً والشكل نموذجاً
ان البربخ جسم محذب فيه عقد عديدة مصطفة على مسيره وان الاسهر نفسه
متكسف صلب وقد يكون بعضه محدباً .

وربما لم تبد سوى نواة واحدة حذاء الذنب فلم تكن غير نواة النهاية
تالية للسيلان . غير ان النواة الالتهائية هي في الغالب غير محددة تحديداً
حسنًا ولا يشترك معها الاسهر بالتكسف اما النواة السلية فأكبر واكثر
استدارة ومحدبة في الغالب ومحيطة بذنب البربخ ومنشأ الاسهر .

وربما كانت النواة الصلبة غير المحدبة الواقعة عند رأس البربخ زهرية
فتكون المعالجة النوعية التجريبية واجبة قبل الجزم في الامر . ومتى كان
الرأس لنا ملتصقاً بالصفن كان سليماً في الغالب .

وتفصل غالباً الحصى عن البربخ بلم وربما ظلت الحصى سليمة غير انها قد تكبر وان نادراً وتتعدد ويضخم سطحها فتقلد السرطان: فتكون الحصى والبربخ حيثئذ كتلة واحدة . ويكاد يشترك القميص الداخلي دائماً بالتفاعل فيكشف أحيانا او نصب فيه مائع فيمنع جس الحصى ومعاينة الحصى الثانية امر واجب كما ان اتمام المعالجة بالسل الشرجي ضروري ايضا لانه قد يكشف تعقدات في الموثة تالية في الغالب لآفة البربخ وحويلين منويين جسيمين متى كانا مصابين .

واما العلامات الوظيفية فتكاد تكون مفقودة فالالم نادر والقوى التناسلية محفوظة والحالة العامة حسنة .

ولا بد من الاصغاء الى رثتي المريض وتحري الآفات الرئوية ومن معاينة خلوية جرثومية وتحري السل البولي . ويتعلق سؤال التشخيص او حسنه بالآفات المرافقة .

ويختلف السير فاما ان تشفى افات البربخ فتصلب او تلين وتفتح وتنسرس عند القسم الخلفي حذاء ذنب البربخ . واذا تعفنت هذه النواسير تعفنا ثانويا ولم تندب ساءت الحالة العامة مع سوء الحالة الموضعية . واذا اشتراك السل الرئوي والسل البولي معاً قضيا على المريض عادة .

واما المعالجة فهي دوائية وجراحية .
تقوم المعالجة الدوائية بتثبيت الحصى في ارجوحة حسنة وتقوية البنية العامة كما في جميع الآفات السلية : الزاجعة والهواء الطلق والاستئناس والاشعة فوق البنفسجي التي تفيد فائدة حسنة وتشفي النواسير .

وتقوم المعالجة الجراحية بقطع البربخ متى كانت الآفة منحصرة فيه وغير منوسرة وبالمحافظة على الخصية .

واما متى كان البربخ مفتوحاً ومنوسراً فكي البؤر بالمسكواة النارية ثم تضيدها بإتيان بنتائج حسنة .

ومتى عمت الآفة الخصية والبربخ معاً وكان الشكل مضخماً استدعى الحصى غير ان استدئصال الحصىين يجب تحاشيه ما امكن واما اذا كانت الآفات تستدعيه فلا بد حينئذ من تجربة التطعيم بعد شفاء الآفة الموضعية . وهذه التوسطات الجراحية تؤثر غالبا في آفات الموثة والحويصلين المنويين السلية فتتحسن : غير ان هؤلاء المبضوعين يظلون مسلولين اياً كان الربح الذي يجنونه من هذه التوسطات الجراحية الموضعية وكثير منهم يموتون بعدئذ بالسل الرئوي او المفصلي او السكوي او العام .

وتصاب الخصية ايضا بالزهرى الارثي او المكتسب فتشمل الآفات الحصىين معاً في الغالب . ففي الزهرى الارثي تكون الخصية المصابة بالالتهاب التصلي المنتشر مزداداً حجمها واما البربخ فقلما يصاب وحده واذا اصاب فبمعدل نصف الحوادث والاسهر لا يصاب ابداً . وتبدو الآفة عادة في الشهر الثاني الى السابع وقد تظهر منذ الولادة او تتأخر الى السنة ١٨ او العشرين .

الخصية صلبة ملساء غير مؤلمة وفي المريض مياسم الزهرى الارثي او تظاهرات اخرى جلدية . وقد تلتبس الخصية هذه بخصية مسلوطة غير ان صفاتها الخاصة بها وسيرها المقل يكشفاً طبيعتها لان الخصية المسلوطة تلين وتتقيح .

والاولاد المصابون بالتهاب الخصية الزهري يسؤنهم لان العنصر الشريف في الخصية يحرقه التطب الضام . وهناك شكل آخر خفي من التهاب الخصية الزهري الارثي يتصف في المستقبل باختفاء النطف من النبي فيعمل هذا لنا العقم الذي يعترى عدداً من الكهول دون ان يكونوا قد اصابوا باقل آفة تناسلية معروفة .

المعالجة الواقية هي في مقدمة جميع المعالجات وتقوم بمعالجة الام في سياق حملها ولا بد من معالجة الولد ايضاً معالجة شديدة مضادة للزهري .

ويصيب الزهري المكتسب في دوره الثاني البربخ وهذه التظاهرة نادرة تتصف بظهور حدة صلبة غير مؤلمة لا اتجاه لها الى التلين حذاء الرأس غير ان الخصية كثيراً ما تصاب في الدور الثالث فيتكون التهاب خصية تبلي صمغي ذو بدء مغفل . تجسم الخصية وتندمج في البربخ الذي يظل سليماً في الغالب ويثقل وزنها ويفلطح سطحها وتقسو كالخشب ولا تؤلم بابقى سطحها امس وقد تبدو عليه حديبات .

والانسهر طبعي والتشخيص سهل في الحالات النموذجية غير ان الحالات الشاذة تدعو الى الشك في السرطان الذي تجسم فيه الخصية ايضاً وتصلب . ولكن اذا جست الخصية جساً دقيقاً بدت فيها نوى صلبة صلابة خاصة في السرطان ونقط متموجة في الصمغ السائر الى التلين . وكثيراً ما يكون تفاعل واسرمان ومعالجة التجربة ضرورين للجزم في التشخيص فاذا لم يظهر تحسن بعد ١٥ يوماً او على العكس اذا ساءت الحالة بعد المعالجة يجب ان يمتنع اتصال الخصية مع العقد البلغمية القطنية او بدونها .

وتفيد المعالجة النوعية الفائدة الكبيرة في التهاب الحصى الزهري اما اذا اهملت فان الحصى تضرر او تتلين وتقيح والنواوير الناجمة من تلين الصمغ او تقرحها تنفتح في الغالب على الوجه الانسي من الصفن وهذا ما يميزها بعض التميز عن الحراجات السلية البربخية التي تنفتح في الورا

ويختلف الصمغ المتقرح ذو الحافات المدورة والقعر المدي (bourbil- lonneux) عن الحراج السلي ذي الحافات النفسجية المسحجة تسججاً غير منتظم والحاوية مادة محبة وعن التقرح السرطاني ذي الحافات المتكثفة المغطاة بناميات دائمة سرية التفتت . وانفتاح الصمغ الحوي في الخارج يفضي الى الفقع (fungus) وهو سطحي متى انفتحت الحصى من الجرح الصفي الناجم من الصمغ السطحي وهو عميق متى حول الصمغ المتكون في ملء الحصى نسيجها الخاص جيداً مبرعاً يبرز منه فطر طافح وردي سريع التفتت وان هو الا النسيج الجديد التشكل

وتندب هذه الآفات بسرعة متى عولجت معالجة نوعية فلا بد اذن من ان تتقدم المعالجة النوعية الشديدة الخصى المشكوك في اصابتها بالسرطان . واذا نابت الخصى بعد المعالجة غير انها ظلت صلبة وتشوه منظرها وازعجت صاحبها جاز استئصالها لان وظيفتها تكون قد اضمحلت .

فالسيلان والتهابات الاحليل الخلوي العادية والسل والزهري هي العوامل العادية في احداث التهابات الخصى والبربخ المتنوعة .



نتائج تفاعل السائل الدماغي الشوكي الايجابي

او السليبي في سياق الزهري بعد جهود ثلاثين سنة

٦

للاستاذ بول رافو عضو المحفظة الطبي الفرنسي ومطبيب مستشفى

القديس لويس في باريس

ترجمها الدكتور عزة مرندن الطبيب الداخلي في مستشفيات دمشق

ب— استنتاجات عملية : أولاً -- رجحان العلامات الحيوية على العلامات

السريية ، التفاعلات الخفية والتفاعلات السابقة للسرييات

لقد رأينا في بدء الزهري وفي ابدان سيره ان تفاعلات متنوعة في السائل
الدماغي الشوكي قد تقع وانها بصرف النظر عن الزمن الذي تصادف به
متشابهة بشدتها وسيرها وان معظم مشاهداتنا كانت التفاعلات فيها شديدة
وقد رأينا كيف انها :

١ — اما ان تمحى دون ان تصبح علامة سريرية واحدة وهي التفاعلات
الخفية التي بعد ان تمر بصفحة خفية مدتها سنوات عديدة تنتهي بالزوال
دون ان تترك أثراً يدل عليها . واحياناً قد ترافقها علامة سريرية بسيطة تزول
بزوالها او تدوم دون ما خطر سريري .

فيحسن بنا والحالة هذه استقراء حالة السائل الدماغي الشوكي ، الذي

يدل على زهري عصي أو آفة ندية ، في كل مرة تظهر فيها علامة سريرية لا يمكن تفسيرها .

(٢) — واما ان تدوم ثم تنتهي بعد صفحة خفية :

أ — بعلامة سريرية قليلة الخطر .

ب — زهري عصي خطر (التهاب النخاع ، سهام «tabès» ، فلج عام) .

ج — بالتهاب سحائي مزمن .

وفي جميع هذه الحالات تتقدم العلامات الحيوية العلامات السريرية .

ثانياً — مرحلتا الزهري العصبي الواسعتان ، الدور الحيوي والدور السريري .

زول التفاعلات أياً كان زمن الزهري الذي كشفت به المرة الاولى

بعد صفحة خفية متفاوتة الطول او تدوم لتمهد السيل لزهري عصي خطر

وليس لنا الآن مقياس يميز به هذه التفاعلات الشديدة التي لا تصحبها

علامات سريرية عن تفاعلات زول دون ان تترك اقل اثر او أخرى تميل

الى الظهور وتبدو فيما بعد زهري عصي . فمن هذه التفاعلات اذن ما هو

صحيح وسابق للسرييات ومنها ما لا يمر ابداً بدور سريري .

واتي اهل ازاء هذه الصعوبة التي اصادفها في تمييز التفاعلات السائرة الى

علامات سريرية واضحة عن التفاعلات التي تمحى بدون اقل علامة مع ان

اوصافها متشابهة قلت اني اهل للمصطلح «السابق للسرييات» وما هو في معناه

من وضع المؤلفين الاخرين (السابق للفالج ، السابق للسهام «prétabétique»

السابق للعلامات ، الاماري «prodromique» السابق للعتة ، السابق

للتشخيص وغير ذلك) وجلُّ ما يمكننا اثباته في اليوم الذي نرى فيه هذه التفاعلات الشديدة بدون اعراض سريرية ان آفة شديدة الخطر او قليلته تستقر في الجهاز العصبي دون ان نستطيع التكهن عن سيرها الا كيد .

واني افضل متى شئت تعريف هذه التفاعلات الخفية بنذ هذه المصطلحات التي لا تتفق والحقيقة في شيء وقسمة الزهري العصبي مرحلتين كبيرتين كما اقترحت في تشرين الاول سنة ١٩٢٩ كيف لا والطرق الحيوية تكشفها لنا : المرحلة الاولى : هي الدور الحيوي الذي يظهر أولاً وبه تنكشف لنا الآفات العصبية بتحليل السائل الدماغي الشوكي وتمحي التفاعلات ابان هذه المرحلة او تبقى لا بل تسير نحو :

المرحلة الثانية : وهي الدور السريري الذي يبدأ بظهور العلامة السريرية الاولى واني لا اعتقد انه في اليوم الذي نجد به مقياسا يمكننا من معرفة مصير هذه التفاعلات وما اذا كانت ستشفى او ستسير نحو الزهري العصبي السريري تنوصل الى استعمال مصطلح اقرب للصواب غير اني اجد ان هذا التمييز الآن صعب بل مستحيل .

هذا عدا ان ظاهر الكلمة ثانوي لانها قد تتغير غير ان الفكرة ثابتة لارتكازها على أسس لا جدل فيها

ثالثاً : ما هو افضل وقت لكشف الصفحة الحيوية ؟

لقد اوضحت لنا التعاليم السابقة أهمية هذا الدور الحيوي وهي تقضي علينا بضرورة كشفه في اقرب وقت ممكن دون انتظار التظاهرات السريرية لاننا نعلم ان الواجب الدوائي يقضي بمهاجمة هذه الافات بأقصى السرعة

الممكنة فيكفي ان يبزل القطن كل ستة اشهر او كل سنة في سياق الزهري لتقف على التغيرات المختلفة منذ بدئها .

ولقد ارتني تجاربي خلال ثلاثين سنة خلت الصعوبة التي يقف الفاحص امامها متى هم يبزل مريض مظهره سليم غير انه يتوصل بعد الجهد الطويل الى اقتناع المريض بالبزل ويصعب عليه كل الصعوبة اعادة هذا البزل ولهذا كان عليه ان يختار الزمن الموافق لاجراء هذا التحليل الكبير الاهمية وقد بينت في مذكرات مختلفة (ولا سيما في المقال الذي نشرته المطبوعات الطبية في الجزء ٣٧ وتاريخ ٨ تشرين الاول سنة ١٩١٩ وعنوانه « متى يجب ان يحلل السائل الدماغي الشوكي في الزهريين » بمشاهدات عديدة واعتبارات مختلفة) الزمن الاكثر ملائمة وهذه هي القواعد العملية التي وقفت عندها ورضي عنها عدد كبير من المؤلفين :

يحلل السائل الدماغي الشوكي في نهاية السنة الثالثة متى كان المريض قد قد عولج منذ بدء زهره ثلاث سنوات متوالية متوالية معالجة حسنة وكان تفاعل دمه قد عاد سليماً اي في الزمن الذي يهم به بتحقيق المماثلة في هذا الدور تكون قد عمت المعالجة جميع التفاعلات السريعة الزوال للدور الحنجي (période septicémique) وتكون التفاعلات التي قد استطاع ظهورها في سياق السنة الاولى او الثانية قد بدت حيثن كما شاهدنا فاذا بزل المريض قبل ذلك الحين في الدور الذي يكون به الزهري متبدلاً فلا تجنى منه المعلومات الكافية وقد بينت لنا عدا ذلك المشاهدات السابقة ومشاهدات اخرى عديدة ان معظم التفاعلات التي سيعقبها شكل من الزهري العصبي تظهر

بجميع شدتها منذ نهاية السنة الثالثة .

وإذا سلمنا بظهورها قبل ذلك وهذا ما اعتقد به أفلا يكون من الخطأ إهمالها ونحن نعلم أن مدة المعالجة لا تقل عن ثلاث سنوات .

ولكن إذا أريد إيقاف المعالجة قبل ذلك لسبب ما أو إذا بقي تفاعل وإسمرار إيجابياً على الرغم من المعالجة أو بدت علامة سريرية تدل على إصابة الجهاز العصبي كان تحليل السائل الدماغي الشوكي قبل الميعاد واجباً فإذا كان التفاعل إيجابياً واضحاً في نهاية السنة ولو لم تبد أقل علامة سريرية كانت المعالجة واجبة لاتنا لا نعلم الطريق الذي سيسلكه الزهري فالواجب يقضي بملاحقته حتى يزول التفاعل باتاً وهو أمر قد يطول أمده غير أن المعالجة تنجح فيه كما أوضحنا مشاهداتنا العديدة التي ذكرناها . ولست أربح الآن أن أبحث في طرق المعالجة غير التي اكتفي بالقول التي لم ألبأ إلى المعالجة بالبرداء مطلقاً وقد توصلت مع ذلك إلى محو أكثر هذه التفاعلات بالمعالجات العادية وإذا كان التفاعل سلبياً والمريض قد عولج معالجة حسنة اعتقدت أنه أصبح في مأمن من ظهور الزهري العصبي الخطر غير أنه لا بد من التحفظ من البؤر العميقة للتهاب الشرايين والصمغ وبعض الأورام البارنكيفية والبؤر المحدودة للتهاب المحور الأسطواني المتدفنة في ملء الجوهر العصبي النليل والتي لا علاقة لها بالسحايا ولا تتصف بأقل تبدل في السائل الدماغي الشوكي .

وإذا سئلنا أن نبدي رأياً عن مريض نعاينه للمرة الأولى في سياق زهريه كان فحص السائل الدماغي الشوكي واجباً لبث في أمره ولا سيما إذا لم يكن

مصا بآية علامة سريرية من الزهري العصبي فاذا كان التفاعل ايجابيا كانت
المعالجة واجبة واذا كان سلبيا حق ان يقال فيه انه خالٍ من زهري عصبي
سأسريره ولا بد هنا ايضا من التحفظ في بعض الآفات العميقة المدفونة
في ملء الجوهر النخيل كما ذكرنا

ج — الاستنتاجات الامراضية (déductions pathogéniques)

يقبل العالم باسره اليوم ان معظم اشكال الزهري العصبي الخطر متصفة
تشريحيًا بمجموعة آفات سحائية عصبية مرتبط بعضها ببعض .

٢ — ولا اظن نفسي منخدعاً اذا اعتقدت ان العالم باسره اليوم يجمع
ايضاً على تقدم العلامات الحيوية للعلامات السريرية (كما امنت منذ سنة ١٩٠٢
وكما يعلق المؤلفون من الاهمية على البزل القطني في تعيين المرضى الذي تجوز
معالجتهم بالبرداء)

٣ — وقد امنت بمشاهدات عديدة وتعليل منشأ العناصر المختلفة وطبيعتها
الذي جئت على ذكره في صدر هذه الرسالة وهي العناصر التي تتألف منها
تفاعلات السائل الدماغي الشوكي ان تلقح السحايا والجوهر النخيل يقع في
الغالب منذ المراحل الاولى للزهري فاحيانا تكون السحايا وحدها مصابة
(تفاعل خلوي ، ترايد الآح قليلاً) فتمحى الافة بيضعة اشهر وتارة تكون
اصابة الجوهر النخيل تالية فتظهر تفاعلات شديدة آحنية تراقبها تفاعلات
التثيت والتحوصب (floculation) وآونة تصيب الافة السحايا والجوهر
النخيل في وقت واحد وهذا ما أثرت التفاعلات الشديدة التامة منذ البدء في
معظم مشاهداتنا

واتي اعتقد خلافا لرأي (سيكار وسيزاري وغيرهما) انه متى لم تكن السحايا والجوهر النخيل مصابين في وقت واحد فان اصابة السحايا تسبق غالبا اصابة الجوهر النخيل (وذلك استناداً الى تاريخ ظهور التفاعلات والى التحريات التشريحية الجرثومية).

وخير دليل على تبكير الاصابات العصبية تقديم الحنجج التالية .
أ - لقد ابانت بعض المشاهدات ان تفاعلات السائل الدماغي الشوكي التي تظهر شدتها دفعة واحدة تدوم لا بل تسير نحو الاخطار فتظهر بعد عدة سنوات من هذه الصفحة الخفية علامات سريرية دالة على افات خطيرة في الجهاز العصبي .

ب - في بعض المبزولين في سياق زهرهم (لان البزل المبدي لم يجز ابكر من ذلك) والذين كانت تفاعلات سائلهم شديدة ثم افضت فيما بعد الى زهري عصبي ، نرى في الغالب انهم اصابوا في بدء زهرهم بعلامات عصبية خفية رافقتها على ما نرجح تفاعلات في السائل الدماغي الشوكي فتتحقق هذه العلامات يميز اذن عن البزل المبدي دائماً .

٤ - ان تلقح الجهاز العصبي في سياق الزهري ممكن في من لم يعالج معالجة حسنة او في من لا تزال في عضويته بؤر فعالة جديدة يذر تلك النواة وهذا التلقح المتأخر ممكن غير انه نادر بالنسبة الى ما يقع في بدء الزهري .

٥ - متى تلقح الجهاز العصبي كان اختفاء الطفيليات مستطاعاً فوراً او بتأثير الدفاع العضوي او المعالجة او انها تبقى زمناً طويلاً مخفية في السحايا او

في الجوهر العصبي

- ٦ - يسهل تلقح الجهاز العصبي - إهمال المعالجة الذي يمكن التعفن الدموي في بدء الزهري من تلقح الجهاز العصبي أو بقاء المستعمرات الطفيلية خارج الجهاز العصبي الذي يلحقه الجهاز تلقحاً متأخراً
- ب - المعالجات الصادمة للجهاز العصبي ولا سيما الـ ٦٠٦ (راجع مقالاتي عن الـ ٦٠٦ المنشورة سنة ١٩٢٢ ومقالات بارتير وروال الحديثة العهد) وقد ابانت أعمال هذين المؤلفين أن المعالجة الزرنيخية والزئبقية أو الزرنيخية البزموتية أخف إيذاءً للجهاز العصبي من المعالجة الزرنيخية الصرفة .
- ٧ - إذا لم تمنع المعالجة المحررة في الوقت المناسب هذا التلقح كان لا بد في تحليل هذا الأمر من بعض أسباب مؤهلة في الجهاز العصبي نفسه . ولست اعتقد وهذا ما يقر به عدد من المؤلفين بما يقوله لوفاديتي بوجود حمتين (virus) أحدهما مولعة بالجلد (dermotrope) والاخرى بالاعصاب (neurotrope) . بل أقول بأن نقص المعالجة ولا سيما في البدعويّة المريض الملائمة هما من أهم الأسباب في استقرار البريميات على الجهاز العصبي وعندي أن تفاعلات كيميائية تسهل نمو الطفيلي في ذلك الجهاز . كنت ذكرت هذه الفرضية في حزيران سنة ١٩٢٠ في الاجتماع السنوي لجمعية الامراض العصبية واني اورد الآن باختصار ما كنت ذكرته : قد عرف منذ عهد طويل أن نشاط الاعصاب أو الدماغ وبعض السموم الداخلية أو الخارجية المنشأ وبعض شروط الحياة تنقص متانة الجهاز العصبي . وتسهل استقرار البريميات عليه وقد عرف أيضاً أن نشاط النسيج العصبي ترافقه تفاعلات كيميائية تفضي الى

تحرير فضلات مرجعة يستطاع كشفها في الزجاج (هوغوناك) حتى ان السائل الدماغي في المصاين بالزهري العصي يحتوي على كمية كبيرة من هذه الاجسام المرجعة (م . دايل) أفليست هذه شروطاً ملائمة تضاف الى القوة المرجعة الطبيعية للنسيج العصبي (روجه) فتعيد استقرار هذه البريميات (spirochètes) اللاهوائية (anaérobies) سهلاً وفي الحقيقة فان ذوي التحمضات (oxydations) البطيئة وبعض المسممين بالفلو (alcool) او بالتينغ والخن والذين يتكون دماغهم ويعيشون في الهواء الفاسد هؤلاء هم اشد تعرضاً لعراقل الزهري العصبية خلافاً لمن كانت تحمضاتهم شديدة وأدمغتهم غير منهكة ولمن يعيشون عيشة هادئة في القرى فان هذه العراقل نادرة فيهم

٨ — قبل انتهاء الكلام لا بد لي من ذكر التحفظات الواقية التي تمنع الزهري العصبي عن الظهور استناداً الى الاعمال السابقة :

أ — منذ بدء الزهري تجب المبادرة الى معالجة رشيدة مبدئية غير مخرشة للجهاز العصبي قادرة على منع الاستقرارات العصبية عن الظهور حتى اذا اظهرتها الصدفة كان من السهل التغلب عليها منذ الصفحات الاولى للزهري وان الخطأ في المعالجة وحده كفيلاً بظهور عدد كبير من الزهري العصبي الذي كان منذ بدء الافة ولم يظهر سريراً الا بعد زمن طويل .

ب — يجب تخريب المستعمرات الجديرة بتلقيح الجهاز العصبي باستعمال معالجة طويلة في سياق الزهري غير ان التلقيح على ما يظهر نادر الحصول في بدء المرض .

٣ — يجب محو كل تفاعل في السائل الدماغي الشوكي والاحتراز من انتظار العلامات السريرية ،

٤ — يجب ملاحظة يثة المريض وتنشيط التحنضات العضوية .

والآن بعد هذه الاعمال المطولة لا بد لي من القاء نظرة الى الوراء تذكر بها عظمة الاعمال الجليلة التي قام بها الاستاذ (فورنيه) الذي تمكن بمعلوماته السريرية فقط من ربط السهام والقليج العام بالزهري . وان البزل القطني الذي اصبح اليوم من اهم الوسائط الحيوية يثبت لنا جيداً نقطة طالمحات حولها ابحاثنا ولا سيما تلك الحلقة الوسيطة التي تربط بدء الزهري بظهور العلامات السريرية وتسمح لنا بايضاح المراحل المختلفة لتكامل الافة وكذا صفحات ذلك العراك الطويل الذي يقع بين البريميات والجهاز العصبي فهذه المعركة التي تجهل نتيجتها قد تتابع سيرها الصامت خلال سنين عديدة لتنتهي فيما بعد اما بالشفاء او بتظاهرات سريرية فهذا الدور المستمر هو ما سميت به الدور الحيوي . وليس ما يسمح لنا بمعرفة تلك الصفحات المختلفة الا درس السائل الدماغي الشوكي واراني الان بعد مشاهدات ثلاثين سنة خلعت أعتقد جيداً ان البزل القطني الباكر حين اجرائه كفيل بتوقيف سير تلك الآفات الخفية في حال ظهور التفاعل الايجابي واذا كانت النتيجة سلبية حق لنا ان نبشر المريض بان جهازه العصبي في مأمن من خطر هذا الداء القاتل



التشويهات السنية

للدكتور غوستاف جينستاي (دمشق)

ترجمها الدكتور ابراهيم قندلفت طبيب الاسنان

منذ سنوات اربع قدم لكم الدكتور برشه (Bercher) مقالاً
للدكتور لا بوريس (Le Bourhis) عن التشويهات السنية في سكان الكامرون
(Cameroun) الوطنيين . وقد ذكر في هذا الامر خادمي الزنجي اذ رأيت
في فمه ثنية منحوتة مات لها ونشأ من موته خراج منوسر وقد دارت
الناقشة يوم قدم لكم المقال المذكور عن المراقيل التي لا بد من وقوعها
بعد هذه التشويهات السنية وقد اجاب السيد ايزار (Izard) على سؤال
السيد فرجان فايول (Fargin Fayolle) بهذا الخصوص مستنداً الى الابحاث
التي اجراها في المتحف . غير اني رغبة مني في ان يكون لي رأي خاص في هذا
الموضوع بدأت بدرس مصير الاسنان المشوهة على الحي فاخذت الفحص اسنان
جميع الجنود السنغاليين من خدام وحراس ومرضى حين استشفائهم في المستشفى
بواغني هنا بالسنغاليين جميع السكان الوطنيين في ممتلكاتنا بافريقية) وما زلت
كذلك حتى اجتمع لدي نحو عشرين حادثة تشويه . وقد بلغ من شغفي بفحص
اسنان كل من لقيتهم من الزنوج ان اخذهم ولا ينظرون الي نظرم الى رجل غريب
لاطوار لانهم لم يفهموا غاييتي بل كثيراً ما كانوا يخافونها ويوجسون منها
ولا اترع في هذا المقال لبحث اسباب هذه التشويهات السنية لان
الدكتور لا بوريس (Le Bourhis) قد قص عليكم ما سمعته عن هذا الموضوع

في الكامرون وليس لشكل هذه التشوهات عظمى اهمية وساريكم بمضامنها عما قليل لكنني ساعرض عليكم قبل ذلك جدولاً دونت فيه نتيجة ابحاثي وفحوصي السريرية والاشعاعية في هذا الباب .

ويظهر لكم من مطالعة هذا الجدول والتأمل فيه ان العراقل الناشئة من التشوهات السنية من بؤر حيوية محيطة بقمم الجذور والكياس (kysts) وخراجات ونواسير وغيرها ليست نادرة اذ اني لم انتق مرضاي انتقاء بل كنت افحص كل من تيسر لي فحصه . ومن الاسنان المشوهة ما تترأى للناظر اليها صحيحة حتى اذا فحست فحصاً سريرياً مدققاً تبين ان الباهاء تخربة او صوّرت بالاشعة المجهولة ظهرت حول قمم جذورها أورام حيوية . وهذه احدى مدهشات التصوير بالاشعة المجهولة . ومن الاسنان المشوهة ايضاً ما يُستدل على موت الباهاء من تغير لونها وقناته لكنها غير مصابة ظاهراً بأفات الذروة فلا بد للتأكد من ذلك من الاستعانة بالاشعة المجهولة ايضاً . وفي المشاهدة (٢٠) ترى كيساً كبيراً ناشئاً في الخنك بينا ذروة جذر السن المجاورة تحيط بها الكؤ (fungosités)

هذا من جهة مظاهر العراقل (complications) التي تنشأ من التشوهات السنية . اما من حيث كيفية حدوث هذه العراقل فأرى ان الصدمات التي تتلقاها السن في اثناء النحت تكفي لاجداثها لان المتفنن يستعمل في اجراء هذه الاشغال الفية شفرة ومطرقة تسبب ضرباتها الشديدة المتتابعة قطع الحبل العصبي الوعائي للسن او رضه رضاً شديداً على الاقل . والواقع ان الاسنان المشوهة التي بقيت سليمة صحيحة هي التي كانت تشويهاً قليلة (رقم

٤، ٧، ٨، ٩، ١٠، ١٤، ١٩) ولا غرابة في ذلك غير انه لا يصح ان يتخذ قياساً اذ ان بين الاسنان الاكثر تشويهاً ما هو احسنها صحة ورب معترض يقول : لقد سلمنا بان اللب قد مات بتأثير الصدمات التي تلقتها السن في اثناء النحت ولكن كيف توصلت الجراثيم الى القناة فاحدث هذه المراقيل العفنة فيها ؟ جواباً عن هذا السؤال اقول :

ان المرضى الذين اتى لي مشاهدتهم كلهم كهول اقوياء البنية ويقول الدكتور لابوريس في مقاله المشار اليه آنفاً ان هذه التشوهات تجرى غالباً بين السنة الثانية عشرة والخامسة عشرة . فالمراقيل تأتي اذن متأخرة جداً . واكثر هذه البثور الذروية التي اكتشفها بصفة كوني اختصاصياً بامراض الفم تبقى ساكنة مدة طويلة وكثيراً ما تبقى مجهولة وبين الاسنان التي فحصتها ما ظاهره صحيح تماماً . فالتعفن اذاً قد اتصل بهذه الاسنان عن طريق شقوق العاج المكشوف وقتيائه على رأي الدكتور كافاليه (Cavalié) او عن طريق الدوارن الدموي على رأي غيره ، ومنها (رقم ٢٠، ١٨، ٢، ١) ما تسوس سطحه المنحوت . كذلك وجدت بينها سنين خلقتها في العام الماضي لظهور خراجين كبيرين فيها وكانت في كل منهما حفرة تتصل بحجرة اللب . فوصول الجراثيم الى الذروة عن طريق حفر التسوس في هذه الحال واضح كل الوضوح . ويظهر ان الاسنان الاولى التي بقي العاج فيها صحيحاً تطراً عليها عوارض مرضية تتطور ببطء وقد تقف عند حد الورم الحبيبي فيكون اذ ذاك للنسج المحيطة بالذروة الوقت الكافي للدفاع عن نفسها اذ ان الورم الحبيبي المتكون ليس في الحقيقة المنطقة

دفاع اما في الاسنان الاخرى ذات السطوح المنحوتة الملوثة بعوامل التسوس حيث الطريق لوصول الجراثيم الى الذروة اسهل واكثر مباشرة فالعراقل المرضية اشد وطأة وهي في الغالب خراجات تستلزم خلع الاسنان المشوهة غير ان هذه الحالات (أي حيث السطوح المنحوتة متسوسة) نادرة لان اكثر الاسنان المشوهة ترى سطوحها المقطوعة يضاء صقيلة لان الزوج قد اعتادوا فرك اسنانهم يومياً بعود من الخشب يقوم عندهم مقام العسيل (فرشاة الاسنان) وقد حاولت عبثاً أن اعرف ماهية هذا العود وجل ما عرفته عنه انه عود شجيرة تنمو في بلادهم يعرفها علي ما اظن زملاؤنا الذين كانوا في المستعمرات

اما اشكال هذه التشوهات فكثيرة واكثرها شيوعاً الاشكال التي ترونها امامكم واكثر الاسنان تشويهاً الشيتان العلويان وحياناً الرباعيتان .

واليك في الختام الاستنتاجات التي استخلصتها من فحص الاسنان المشوهة (١) - ان العراقل التي تنشأ من تشويه الاسنان كثيرة الحدوث (٢) - انها تأتي متأخرة (٣) - ان تطورها يجري بسكون واعراضها تبقى كامنة (٤) - تتعلق شدة هذه الاعراض بمقدار التشويه .

وقد ادهشتني في اثناء تحري التشوهات في افواه الزوج كثرة الافراد الذين ارى بين ثنياتهم فراغ ليس بالفراغ المحدث الناشئ من خلع احدى الاسنان بل هو فراغ طبيعي ناشئ من تبدل خاص في قوسهم السنية وسواء أكان هذا التبدل ولادياً او مكتسباً لا استطيع الان تعليله .

التشوهات السنية

٤٣٣

رقم	اسم القطر	الانسان المشوهة ذات اللب التمتوت	العراقيل		الانسان المشوهة ذات اللب التمتوت	رقم
			اليمنى	اليسرى		
١	شط العاج	٠	الثنية العليا	الثنية العليا	٠	بؤرة ذروية
٢	«	٠	»	»	٠	بؤرة ذروية
٣	«	٠	»	»	٠	بؤرة محبطة بالذروة
٤	«	٢	٠	٠	٢	ورم حبيبي
٥	فولتا العليا	٢	٠	٠	٢	٠
٦	«	٠	الثنية العليا	الثنية العليا	٠	سن متغيرة اللون
٧	شط العاج	٢	٠	٠	٢	٠
٨	فولتا العليا	٢	٠	٠	٢	٠
٩	شط العاج	٢	٠	٠	٢	٠
١٠	«	٢	٠	٠	٢	٠
١١	«	٢	٠	الثنية العليا	١	بؤرة ذروية
١٢	داهومي	٢	٠	٠	٢	٠
١٣	«	٢	٠	٠	٢	٠
١٤	سينكال	٤	الرابعة العليا	٠	٣	مخلوعة
١٥	فولتا العليا	٢	الثنية العليا	٠	١	خلعت سنة ١٩٢٧
١٦	سينكال	٤	٠	٠	٤	٠
١٧	داهومي	٤	الرابعة العليا	٠	٣	خلعت
١٨	شط العاج	٢	الثنية العليا	٠	١	بؤرة ذروية
١٩	داهومي	٢	٠	٠	٢	٠
٢٠	فولتا العليا	٢	الثنية العليا	الثنية العليا	٠	ناسور
٢١	غنية	٢	٠	٠	٢	كيس

حفلة توزيع الشهادات

على خريجي الجامعة السورية

احتفلت الجامعة السورية في مدرجها الكبير الساعة السابعة عشرة من يوم الثلاثاء الواقع فيه ٧ تموز السنة ١٩٣١ بتوزيع الشهادات على خريجها من معهدي الطب والحقوق جرياً على عاداتها وقد ترأس الحفلة فخامة رئيس الوزراء المعظم الشيخ تاج الدين افندي الحسني وسعادة مندوب المفوض السامي الموسيو سولومياك يحف بهما معالي الوزراء والمستشارون واساتذة الجامعة وحضرها الرؤساء الروحيون ونخبة من اعيان دمشق وكبار الجالية الفرنسية فلم تأزف الساعة المعينة ويستقر المقام بالمدعويين حتى نهض معالي عميد الجامعة بالوكالة الاستاذ عبد القادر بك العظم وسعادة وكيل رئيس المعهد الطبي الدكتور طاهر بك الجزائري وافتتحا الحفلة فكان الثاني يقرأ اسم الطالب والاول يسلمه الشهادة بين عاصفة من التصفيق وكان الاطباء والصيدالة واطباء الاسنان والقابلات يقسمون القسم القانونية امام الجمع المحتشد قبل استلام شهاداتهم مشهدين الله العظيم والبشر على امانتهم وصدقهم في معاطاة المهنة التي نالوا حق ممارستها .

والى القراء الكرام اسماء خريجي هذه السنة :

مجازو الحقوق

- ١ - السيد ابراهيم شراري
- ٢ - « اسعد حريرز »
- ٣ - « اسعد كوراني »
- ٤ - « انيس روفائيل »
- ٥ - « انيس ملوحي »
- ٦ - « جيل عبدالله »
- ٧ - « حسن النقيب »
- ٨ - « رامز عطية »
- ٩ - « سامي ضاهر »
- ١٠ - « سعد الله سلطان »
- ١١ - « سعيد الرئيس »
- ١٢ - « صفا زوده »
- ١٣ - « عابدين رستم »
- ١٤ - « عبد الحسيب عدي »
- ١٥ - « عبد العظيم باجقني »
- ١٦ - « عبد النافع اتاسي »
- ١٧ - « علي الاسعد »
- ١٨ - « فوزي حبال »
- ١٩ - « فيضي اتاسي »
- ٢٠ - « كاظم خليل »
- ٢١ - « محمد برازي »
- ٢٢ - « محمد جبرودي »
- ٢٣ - « موديس عطا الله »
- ٢٤ - « ناظم مرهج »
- ٢٥ - « يوسف زريق »

الاطباء

- ١ السيد عبد الحليم الطلي
- ٢ - « عبد الهادي القاعاتي »
- ٣ - « قاسم ملحسن »
- ٤ - « مصطفى فوآد عبد المعطي »
- ٥ - « محمد اكرم شومان »
- ٦ - « مسلم القاسمي »

الصيدالة

- ١ - « مصطفى زهدي »
- ٢ - « خيرات ماميش »
- ٣ - « توفيق مزهر »
- ٤ - « جورج جرجس »

اطباء الاسنان

- ١ - « مسلم الهان »
- ٢ - « عادل عوا »
- ٣ - « شفيق حنا يعقوب »

القابلات

- ١ الآنسة رضوانية ابو القاسم
- ٢ - « فاطمة عبد الرحيم »
- ٣ - « تقيّة السيد »
- ٤ - « لطيفة مارديني »
- ٥ - « وجيهة دباغ »

ثم نهض احد خريجي الطب الدكتور السيد عبد الحليم العلمي فتكلم باسمه واسم رفقائه مودعاً المعهد الذي به نشأً وانا تثبت خطابه لما فيه من العواطف الرقيقة والافكار السديدة :

خطاب الدكتور عبد الحليم العلمي

سادتي :

ساعة رهيبة هذه الساعة ، وموقف جليل هذا الموقف ، الذي به تطوى آخر صفحة من صفحات الحياة المدرسية ، وبه ترتل آية الاعتراف بالجميل ، وتغنى النشودة الوداع ، وداع ابناء بررة لمعهدهم الطبي الذي فيه ترعرعوا ، ومن منهل العذب ارتقوا ، ومن لبان علومه تغذوا ، فاصبحوا بفضل رجالات تشد الامة بهم أزرها ، ويعقد الوطن على امثالهم آماله . فكيف يتسنى لهم مفارقة معقلهم هذا معقل العلم والعرفان ، ومبعث المعرفة والحكمة ، قبل ان يفوه حقه ، ويؤدوا له ما عليهم من ذمة ؟

ولذا اسمحو لي ايها السادة ، ان اتحدث بنعمة هذا المعهد ، واترجم بفضلته فهو بهمة معالي العبيد الجليل الذي شد رحال الترحال الى ديار الغرب ، في سبيل اسعاد الجامعة السورية ، والنهوض بها ، نعم بهمة وبهمة رجاله الافذاذ قد سار شوطا بعيداً ، في مضمار التقدم السريع ، والرقى المطرد .

أجل ، ان المعهد آخذ بالرقى ، ورقه يتناول جزئيه الاساسيين المادي والمعنوي . لانه اذا جاز لي التشبيه ، شبهت هذا المعهد بالانسان ، فكما ان الانسان مؤلف من الجسد والروح ، وكلاً منهما يحتاج الى غذاء يغتذي به ،

كذلك يتألف المعهد من ابنية ومعدات وادوات وخزانات كتب ، لا بد منها لاطهار قوته المعنوية ، ويتألف ايضا من طرز التعليم وانتقاء اساليبه الحديثة واذا سكنت عن ذكر الانشآت التي استحدثت في هذا المعهد ، منذ عهد قريب ، من هذا البناء الفخم الذي نتفياً ظلالة الان ، الى دار الطب الشرعي ، الى دار التوليد التي بزغت شمسها ، الى القاعات الفسيحة التي رمت في تكية السلطان سليمان القانوني ، الى خزانة الكتب الجامعة لشتى الفروع ، الى المختبرات الملائم بالمعدات الحديثة التي تضارع احدث المختبرات الراقية ، نعم ، اذا سكنت عن كل ذلك ، فلا يسعني السكوت عن طرز التعليم واسلوبه ، الذي هو روح المعهد وبه يحيى :

ان الاساتذة ايها السادة ، يفرغون نفوسهم في تعاليمهم ، انهم يلقبون تلامذتهم ، شيئاً لا يتلقنه غيرهم في المعاهد الاخرى ، اغني به الاهتمام بامورهم ، فهم لا يُلقون دروسهم ، او يجرون عملياتهم ، او يصنعون اختباراتهم لان الواجب يدعوهم الى ذلك سواء افهم سامعوه ام لم يفهموا ، بل يجرون كل هذا ، وينظرون الى تأثيراته في تلامذتهم ، فاذا توسموا فيهم تمثل ما افرغوه في عقولهم ، تابعوا بحشهم ، والا البسوا افكارهم ثوباً جديداً ، وبدلوا عباراتهم ، وجامعوا بتشايه تقرب من تلامذتهم فهم الموضوع الذي يعالجونه .

واذا بقيت هوة سحيقة بين تلامذتهم وبين الموضوع المبحوث عنه ، جاءهم التلامذة بحبي الانباء الى الوالد يستوضحونهم ما غمض عليهم . وهذا لعمرى هو منتهى الحياة الديمقراطية في العلم ، التي يمتاز بها هذا المعهد

واساتذته العظام .

ومن مميزات التعليم في المعهد ايضا ، ايقاف الطلاب على احدث ما جاء به العلم ، وتطبيق الامور العملية فيه على النظرية ، فلا تكون حالة التلميذ في معهدنا المحبوب ، حالة طالب يقرأ في كتابه ما يطلب منه في الامتحان فقط ، بل حالة شخص قد تمثل الموضوع من وجهاته النظرية المتنوعة ، وتحقيق صحته من الوجهة العملية ايضا ، واذا رغبت في ابراز هذا المعنى بقالب آخر قلت ان الاستاذ يتعب ويجد في هذا المعهد ، ليعد لطلابہ طعاما سائفايسهل عليهم هضمه ، يد ان التلميذ في المعاهد الاخرى ، يعمل ليله ونهاره لاعداد هذا الطعام الذي يوجب في تحضيره غالبا لان معارفه قاصرة عن انتقاء المواد التي تألف منها .

ومن مميزات التعليم ايضا ، اهتمام الاساتذة الافاضل ، بامراض هذه البلاد ، بلاد الشرق الأدنى والتنقيب عنها وقتلها درسا وبجثا ، وان ابحاثهم الضافية في البرداء والزحار والضمك وبثرة حلب وداء الجلبان ، الذي كان للمعهد الفضل في اكتشافه ، ذلك الداء الذي اقعد عددا كبيرا من اهالي قرية التل عن السعي والعمل وغير ذلك من الامراض التي كانت لهم فيها جولة مجيدة تناقلتها صحافة الغرب ، لاصكبر دليل على تفوقهم وعلو كعبهم . ولا ينحصر تعليم المعهد ايها السادة ، بتثقيف ابنائه الذين تضمهم جدرانہ الاربعة ، بل يتعداه الى ابنائه البعيدين عنه ، الذين انفصلوا عنه باجسادهم ، ولا تزال عقولهم ونفوسهم عالقة به ، تستمد منه وحيها وعلمها ، وهذا مارمى اليه المعهد بانشاء مجلته الطبية ، التي تبث الى اخواننا البعيدين بالمستحدثات

الطبية ، والتنقيبات الفنية ، التي يقب عنها اساتذتنا الافاضل ، وهم بين مرضاهم وفي خلواتهم . فهذه المجلة ، هي رسول العلم الامين الى اولئك الذين اضطرتهم وظائهم الى الابتعاد عن هذا الوطن المقدس ، هي تلك الخزانة التي يفرغ فيها رئيس انشائها مواد بحثه وعلمه ، ليوصلها الى ابناء المعهد النائيين عنه ، وقد ارتدت حللتها العربية القشبية .

سادتي الكرام :

ان معهداً هذا شأنه ، واساتذة هذه اعمالهم ، ليبشرنا بمستقبل زاهر ، مستقبل نعيد فيه ما كان لنا من المجد والسؤدد ، مستقبل نعيد فيه عصر الرازي وابن سينا ، وابي القاسم وابن القف وابن زهر ، اذ سيصبح معهدنا عملاً قريب كعبة رواد العلم من ابناء الضاد ، ومحط رحالهم ، فيججون اليه من اقصى الجزيرة الى اقصاها ، ليراقبوا فيه سير العلم الحديث وتطوراته ، وليعقدوا فيه مؤتمراتهم الطبية ، وابحاثهم العلمية ،

ايها السادة :

ليس الجهاد في نظري جهاد الحرب والطعان فقط ، بل هناك جهاد العلم والتعليم ، جهاد الدرس والتدريس ، فهؤلاء الاساتذة هم ابطال هذا النوع والمجلون فيه ، لانكم لو امنتم في ما ألقى علي عاتق كل منهم من الاعمال ، لرأيتم انه يعجز عن القيام بمثلها عدة اساتذة في معاهد العالم الاخرى ، فضلاً عن ان لكل استاذ في تلك المعاهد معاوناً او معاونين او اكثر ، أفلا يحق لنا ان نسمي هذا جهاداً ؟ بلى والله انه لجهاد ، ولا اقدس ولا اقرب الى الله منه جهاد .

اي اساتذتي الافاضل :

لقد قدم بواجبك خير القيام، وفعلت ما يتطلبه منكم الوجدان والامة، بحق
لكم التكريم والتقدير، وحق على الامة ان تخلد اسمكم في تاريخ نهضتها
وتنقش اعمالكم على صفحات قلوبها.

والآن فان غرستم التي غرستموها وتهديموها بالتهذيب قد بسقت
اغصانها ووردتكم التي زرعتموها ونفختكم فيها روح الحياة طيلة سنوات ست قد
ازهرت فآن لكم ان تنثروا باقة الرياحين والورود التي جنيتموها على هذه
الامة الوسنانه، لتتبع من لونها النضر، ورائحتها الذكية، وعبيرها الشذي .
وفي الختام أودعكم وداع ابن بار، باسم رفاقي المتخرجين عليكم نودعكم
حافظين لكم جميلكم، مادام فينا عرق ينبض وقلب يخفق، نودعكم رافعين
لواءكم، مستبشرين بضيائكم، مقتبسين من نور علمكم، نودعكم حاملين بين
حنايا ضلوعنا امانتكم التي ائتمنونا عليها، والتي سنحفظها حسبما يقتضيه الدين
والوجدان والشرف .

وانتم اخواني الطلاب، ان من الضعب علينا وأيم الله فراقكم، اذ كنتم
لنا خير معوان في السراء والضراء، ولكن مما يسلينا على ذلك، انه فراق
قريب اللقاء، فنودعكم متمنين لكم النجاح المطرد، والتوفيق التام،

ونفض على الاثر السيد راعز عطية احد خريجي معهد الحقوق فالتى
خطاباً فرنسياً مذكراً به سعادة مندوب المفوض السامي بشهادة معهد الحقوق

وقبولها في معاهد فرنسة وسائلاً منه ان يتوسط حكومته النبيلة بحل هذه القضية لان مطمح خريجي معهد دمشق الحقوقي الاسمي هو ذهابهم الى فرنسة بعد انتهاء دروسهم لنيل شهادة الدكتوراه من معاهدها .

ثم اتى معالي وكيل عميد الجامعة الاستاذ عبد القادر بك العظم خطاباً جليلاً مبنياً فيه اعمال الجامعة في السنة المنصرمة نثبته ايضاً لان فيه ما يفيد خريجي معهدنا القداماء كيف لا وهو يوقعهم على التطورات التي طرأت على الجامعة في خلال السنة الماضية :

فخامة الرئيس سعادة المندوب سادتي

تختتم الجامعة السورية اعمالها السنوية بحفلة توزيع الشهادات على الطلاب الذين انهاء دروسهم في معاهدها واني باسم الجامعة اشكر جميع من تفضلوا ولبوا دعوتنا وشرفونا بحضورهم .

وقبل ان آتي على ذكر خلاصة الاعمال التي قامت بها ادارة الجامعة وفروعها في عامها المنصرم ارى الواجب يدعوني الى بيان لمحة مختصرة عن ماضي الجامعة وحاضرها للمقارنة بين المهدين فاقول :

بعد ان وضعت الحرب أوزارها قامت نخبة من ابناء هذه الامة النجية يسألون اعادة افتتاح المعهدين الطبي والحقوقي الذين أسسوا في عهد الاتراك ثم أغلقا إبان الحرب فاجبوا الى سؤالهم وافتتح المعهدان ومنحا من المخصصات ما لا يسكادني بحاجتها الضرورية . وقام الاساتذة الذين ندبوا للعمل في كل من المعهدين بالجهود الجبارة التي يستلزمها التأسيس والتجديد

فكانوا في اعمالهم هذه مثلاً حياً للتضحية وقدوة صالحة للعاملين في خدمة الوطن .

دامت هذه الحال على هذه الصورة مدة من الزمن كان المهدان يسيران فيها سيراً بطيئاً لكي يشقاً لهما طريقاً الى النهوض والرقى حتى خطر في بال البعض امر الاستغناء عنهما ولكن قيض الله لهما من قدرهما قدرهما وقبه حاجة البلاد اليهما فوقهما شر الزوال وان تنس الجامعة لا تنس فضل من تقدم من رؤساء الحكومات والمفوضين السامين ومنذويهم الذين تعهدوا المعهد بنياتهم وحاطوهم برعايتهم وأخص بالذكر فخامة الجنرال ويغان الذي عطف على فكرة تأسيس جامعة من المهدين تجمع شمل المعاهد العالية فاستحق الشكر والثناء الجليل على هذا العطف . ومع ذلك فان الجامعة لم تكن يوماً من الايام احسن حالاً واتم ازدهاراً مما هي عليه اليوم في عهد فخامة المفوض السامي المسيو بونسو وعهد فخامة رئيس الوزراء الحالي المعظم وسعادة المندوب الجليل اذ تم لها في هذا المعهد الزاهر انشاء هذا البناء الفخم ومخابر التكية ودار الكتب العامة المنشأة على أحدث طرز المحتوية على جميع الآلات والادوات والناذج المتقنة الصنع والكتب النفيسة في شتى الفنون والعلوم كما تيسر له افتتاح مدرسة الادب العليا وفروع الاختصاص في معهد الحقوق التي تقرر المباشرة بها في بدء العام المقبل . وقد كان فخامة الرئيس المعظم منذ توليه امر الحكم باذلاً عطفه على الجامعة دائماً على بذل المساعدات الكبيرة في كل ما يؤول الى تحسين شؤونها حتى غدت في عهده لا تقل ازدهاراً عن جامعات الغرب ولم يكن سعادة المندوب الجليل

أقل حرصاً من فخامته على استكمال الاسباب والعوامل التي ترفع شأن الجامعة وتستدعي نماءها وتقدمها .

فالجامعة تقدم شكرها الصميم لهذين الرجلين العظميين ومن هذا حذوها فاسبق عليها من عطفه وموآزرته .

هذا ولا يسعني في هذا المقام ايها السادة الا الاشادة بذكر من كان اكبر عامل في انهاض هذه الجامعة أعني به الدكتور رضا بك سعيد عميدها الكريم واتحافه بتحية من هذا المنبر الذي طالما وقف عليه راجياً من غنايته تعالى ان يوفقه لما فيه خير الجامعة وتقدمها .

ان انشاء المؤسسات والمعاهد العلمية سادتي وايصالها الى أوج الارتقاء ليس بالامر السهل ولا يخفى على حضراتكم ما يحتاج اليه هذا العمل من الجهود الممضة والنفقات الطائلة والدأب والممارسة الطويلين والجهاد المستمر شأن جميع المشروعات الكبيرة النافعة التي تبذل في سبيل انجازها الاموال والكنوز والمجهودات حتى اذا تم نضجها وحان قطافها كانت ثمراتها شهية طيبة وعوضت على القائمين بها وعلى البلاد التي أقيمت فيها أضعاف ما بُذل وأنفق في سبيلها من اموال وجهود . فالجامعة السورية التي وصلت الى هذه الدرجة من الرقي والتكامل المادي والمعنوي اصبحت شمساً نيرة تبعث بأشعتها الى جميع الاقطار العربية ويؤمها الطلاب من جميع انحاء الجزيرة وغيرها من البلاد المأهولة ببناء هذه الامة الكريمة . ولا ريب في انه متى تم دور التأسيس والانشا الذي كاد ينتهي تصبح حاجة الجامعة مقتصرة على النفقات الدائمة وتصبح المنافع والفوائد التي تجنى منها تفوق أضعاف ما ينفق في سبيلها

وحيث أنه يستطيع الشروع بفتح بقية الفروع التي لا تقل حاجة البلاد إليها عن حاجتها إلى الفروع الموجودة .

والآن اسمعوا لي أيها السادة ان أثلوا على مسامعكم الاعمال التي قامت بها الجامعة وفروعها في العام المدرسي المنصرم

تتبع لحضراتكم من الشهادات التي جرى توزيعها على اربابها ان عدد الطلاب الذين تخرجوا في هذا العام من فروع الجامعة اربع واربعون منهم خمسة وعشرون حقوقيون وستة اطباء واربعة صيادلة وثلاثة اطباء اسنان وست قابات. ويوجد الآن في معاهد الجامعة مائة وثلاثة وتسعون طالباً في معهد الحقوق ومائة وواحد وتسعون طالباً في معهد الطب ومائة وسبعة طلاب في مدرسة الآداب

وقد قام معهد الطب في خلال العام المنصرم باعمال جمة نذكر منها الاعمال الآتية :

عدد	
٥٨٦	عمليات الفرع الجراحي العام
١٠٣	» » النسائي
١٠٤	» » العيني
٣٠	» » الاتقي الخنجري
٢٣٢	فحوص مخبر الامراض الباطنة
١٨	الفحوص والمعالجة الكهربائية
٩٦	الاجهزة الجبسية
٢٤٠	الاسعافات المستعجلة
١٩٢٠	ضمادات العيادة الجراحية

٢٢٤٠	ضهادات العيادة الصينية
١٨٢٠	الوصفات الطبية للفقراء
٦٦٧	الفحص والتصوير باشعة رونتجن
٤٥٣	الفحوص الجراثيمية في مختلف الاوساط الحيوية
٦٠	غوص التشريح المرضي
١٦٢٤	المرضى المصابون بجائناً

اما ما قامت به الجامعة من اعمال الانشاء والتبريم فهي انها احدثت مخبراً لطب الشرعي على مقربة من بناية المعهد الحقوقي فأنجزته وشرعت بالانشاء فرفنين وإلحاقهما به . كما انها شرعت ايضاً ببناء دار التوليد ازاء هذا المدرج وستجهزها بعد اتمامها انشاء الله بجميع ما تحتاج اليه من الآلات والادوات الحديثة والأمل وطيد بان يتم بناء هاتين المؤسستين قريباً بفضل المساعدات الجلية التي يبذلها رجال الحكومتين الوطنية والمنتدبة فتكون الجامعة قد خطت خطوة جديدة نحو اتمام مهمتها وقامت بما يترتب عليها نحو هذه الامة من الواجبات والخدم .

واني أرى من الواجب ان اعلن قبل ختام هذه الكلمة شكري لممثلي الحكومتين الذين سهلوا مهمتنا بعطفهم ومكنونا من القيام بمهمتنا .

وقرئت ترجمة الخطاب باللغة الفرنسية وكانت الخطب جميعها تقاطع بالتصفيق ثم ترك المدعوون المدرج الكبير الى موائد انيقة نظمت لتنظيم جميل في بقعة فسيحة واقعة شرقي بناء الجامعة فتناولوا المربطات والحلويات اللذيذة وانصرفوا داعين للجامعة بالازدهار المطرد والرقى المتواصل



صناعة الورق ٢

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

تعرف درجة التترجة بفحص الالياف المعالجة :

١. — فاذا بلغ مقدار ثاني اكسيد الازوت المنطلق ١١٠ سم. م في الغرام الواحد (السلولوز الثامن ذو اربع ذرات من حمض الازوت) شوهدت الالياف في النور المستقطب شهباء جمعاء

٢ — واذا كان مقدار ثاني اكسيد الازوت المنطلق ١١٠ — ١٤٥ سم. م (السلولوز السادس ذو ست ذرات من حمض الازوت) اختلطت الالياف الشهباء بالالياف المتقرحة .

٣ — واذا كان مقداره ١٤٥ — ١٦٠ سم. م تشاهد الالياف سمراء قليلاً او كثيراً .

٤ — واذا كان مقداره ١٦٠ — ١٨٠ سم. م يتحول لون الالياف من الاصفر الفاهي الى الاصفر البرتقالي (السلولوز الخامس ذو سبع ذرات من حمض الازوت) .

٥ — واذا تجاوز مقداره ١٨٠ سم. م بدت الالياف عديمة اللون اولاً ثم شوهدت بنفسجية فزرقاء فاهية ثم يستولي هذا اللون على جميع ساحة الرؤية في المجهر كلما زادت كمية حمض الازوت .

د — بارود القطن (coton-poudre)

يصنع بارود القطن في اقصى درجات التترجة بغمس كيلو غرام واحد

من القطن الصافي جداً في مزيج مهيأ من جزء واحد من حمض الازوت (٩٥ في المائة) وثلاثة اجزاء من حمض الكبريت (٩٧ في المائة) .
يترك القطن بملامسة المزيج نصف ساعة ثم يخرج ويعصر ويغسل ويجفف
من كل ١٠٠ كغ من القطن ينتج ١٦٠ كغ من بارود القطن بدلا من
ان يكون ١٨٣,٥ كغ نظريا .

اما وظيفة حمض الكبريت في هذه العملية فهي مص الماء الذي يتكون
من التفاعل وبعد مدة يصبح ممدداً لا نفع فيه مما يستدعي تجديده .

هـ - الحرير الاصطناعي

يصنع الحرير الاصطناعي (كما في طريقة شاردونه Chardonnet)
بمعالجة القطن بمزيج مؤلف من ١٥ جزءاً من حمض الآزوت (ثقله ١,٥)
و ٧٥ جزءاً من حمض الكبريت الكثيف حتى تشاهد الالياف اذا نظر
اليها بالنور المستقطب يضاء شهباء قليلاً او كثيراً . واذا دامت النتيجة اكثر
فانها ترى صفراء فزرقاء وهو اللون الخاص ببارود القطن .

يعصر بعد ذلك ويغسل ثم يذاب في ٤,٥ امثال وزنه من مزيج الكحول
٩٥ والايثر (اجزاء متساوية من كل منهما) . ثم يجعل خيوطاً بامراره بالضغط
من انايب زجاجية دقاق وتجفف الخيوط . ثم تزال منها زيادة حمض الازوت
(dénitrification) بمعالجتها ببعض الكباريت المائية (sulfhydrates) علي
حرارة منخفضة ثم تقصر (اي تبيض) بكلور الكلس .

اما كمية المحلول اللازمة لكلو غرام واحد من القطن فهي ٣٥ لتراً
تقريباً . واما ما يصرف من الحمض لكل كغ من القطن فيبلغ ٣,٧٠٠ كغ

من حمض الكبريت (٦٦ بومه) و ٢,٣٠٠ كغ من حمض الازوت (٤٨ عياره) .
ان محلول القطن في مزيج الكحول والاثير يسمى كولوديون
(collodion) وهو على انواع شتى يختلف بعضها عن بعض باختلاف درجة
التترجة . فما يستعمل في التصوير الشمسي يجب ان يكون رائقا جداً (وهو
ذو ست ذرات من حمض الازوت) وما يستعمل في البارود اللادخاني يجب
ان يذوب الجزء الاعظم منه في الاثير ويجذب النتروغليسرين جيداً (وهو
ذو ثمانى ذرات وتسع ذرات من حمض الازوت)

اما في حرير شاردونه الصناعي فيحسب على ان يعطي الكيلو الواحد من القطن الجاف ١,٢٦ كغ من البيروكسيلين (pyroxyline) الجاف (عياره ٣٥ في المائة اي يتيج ٣٥ في المائة من NO_2).

وبعد عملية ازالة حمض الازوت يشاهد من الحبر غير المزال حمض الازوت منه قدر ٨٠٠ غرام .

على ان عملية الازالة هذه تُفقد من متانة القطن شيئاً كثيراً سيما اذا بلّ
فيما بعد . وقد اوجدت طريقة لاعادة هذه المتانة وهي معالجة هذه الخيوط
الحريرية بالدهيد النمل (formaldéhyde) في بيئة حامضة وبعلامسة الاجسام
الجاذبة للماء وتدعى هذه الطريقة طريقة التقوية (sthénosage)
والحرير الناتج بهذه الطريقة يدعى الحرير المقوى (soie sthénose)

هذا اذا اترحمض الازوت في السلولوز بالحرارة فانه يتكون السلولوز المائي في بدء الامر ثم يتكون السلولوز المؤكسج مع انطلاق البخرة ازوتية نارية.

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الاول سنة ١٩٣١ م الموافق لجمادى الاولى سنة ١٣٥٠

التشمع الضموري البردائي

محاضرة القاها الدكتور احمد سامي بك الساطي
استاذ الامراض والسرريات الباطنة في معهدنا الطبي
بمناسبة انعقاد المؤتمر الطبي المصري الرابع في الكلية
الاميركية في بيروت في شهر حزيران المنصرم
« المجلة »

لا يخفى ان تشمع الكبد الضموري الذي كشفه لاثك سنة ١٨١٩
وقد سمي باسمه (تشمع لاثك) يدعى ايضاً التشمع الضموري الكحولي
لان الكحول كان في مقدمة اسبابه ان لم تقل سببه الوحيد . واذا كانت
اسباب أخرى قد نسب اليها الداء كالمليساء والاسرب وبعض المواد العطرية
كماء كولونيا والافستين (الابسنت) وكالتبسمات الناشئة من عسر الهضم
وكالدائن الافرنجي والتدري فانهما تظل في الدرجة الثانية من الاهمية لان
الكحول ظل محافظاً على مقامة الاول ، اما نحن فقد شاهدنا في السنوات

الحس الاخيرة تسع وثلاثين حادثة من تشمع لانك الضموري ولم يكن الكحول السبب الا في عشر حادثات منها فقط وكان الكحول والبرداء السبب في اثنتين. واما الحادثات السبع والعشرون الباقية فكان سببها الوحيد التسمم البردائي. لان داء الافرنج والتدرن اللذين تحريتهما في جميع مرضانا لم يظهر لهما اقل اثر بالتحريات المخبرية المجراة على الدم والسقي (ماء اللبن) وبالتحريات الاشعاعية باشعة رونتجن ولان جميع مرضانا لم يكونوا كحوليين حتى ان معظمهم لم يذوق الاشربة الكحولية طيلة حياته. وهذا ما دعاني اليها السادة الى الكلام عن التشمع الضموري البردائي الذي لم يأت معظم المؤلفين على ذكره حتى الآن. ولست ارجو في ان اصف لكم وصفاً مسهباً المشهد السريري الذي يمثل به هذا الداء لان الكثير من اعراضه مشابهة آتية المشابهة لتشمع لانك الكحولي. بل غاييتي ان اذكر النقاط التشريحية المرضية التي يمتاز بها احدهذين الدائنين عن الآخر ثم اجيء على بعض العلامات السريرية التي تختلف في اولها عن الثاني.

التبدلات التشريحية المرضية :

- ١ - استحالة الخلايا الكبدية اخف وطأة في التشمع البردائي منها في الكحولي.
- ٢ - ارتشاح البلغميات (لمفوسيت) كثير في البردائي وقليل في الكحولي
- ٣ - النسيج الضام الحديث لين في البردائي ولين كحل في الكحولي
- ٤ - التصلب واقع حول الفصيصات وفي باطنها وهو كثير حول الخلايا في البردائي وتندر احاطته بالخلايا في الكحولي.

٥ - القنيات الصفراوية الحديثة نادرة في البردائي وكثيرة في الكحولي
٦ - تظهر اصبغة بردائية خاصة في البردائي ولا تظهر هذه الاصبغة
في الكحولي.. وهذه الاصبغة هي الهموزين المنحل في الكحول البوتاسي
ويمتاز عن الملاين الذي يزول لونه في الماء المحمض (الماء الاوكسيجيني) او
في محلول فوق منغنة البوتاس اللذين لا يؤثران في الهموزين .

هذه هي التبدلات التشريحية للرضية التي يمتاز بها احد الدائنين عن الآخر
وهي كثيرة الأهمية كما تبين من ذكرها اما الاعراض التي يمتاز بها التشمع
الضموري البردائي عن تشمع لأك الكحولي فهي :

القمه - (قلة الشهية) والتقرز من اللحوم والشحوم . وهو قليل في
التشمع البردائي وقد صادفناه في سبع حالات من مرضانا وشديد في التشمع
الكحولي وسبب ذلك كون استحالة الخلية الكبدية في البردائي اخف مما
هي عليه في الكحولي .

الآحين : (الالبومين) اكثر في سقي المتشمعين البردائين منه في سقي
المتشمعين الكحوليين فهو بين ١١ - ١٦ غراماً في البردائي و ١٢ غراماً
في الكحولي .

الارتسامات الوريدية ليست واضحة بل مرتسمة ارتساماً سطحياً في
البردائي وشديدة الوضوح بل تسكاد تكون متوترة في الكحولي وتغليل
هذا سهل على ما نرى لان الارتسامات الوريدية والجن كما لا يخفى ناتجان
من عسر الدوران في جملة وريد الباب المفضي الى توسع الجملة الوريدية
خارج الكبد فتكون الارتسامات الوريدية على جدار الصدر وما

فوق الصرة من جدار البطن وبما ان النسيج الضام المستحيل في التشمع الضموري البردائي نسيج نضير فان ضغطه لجملة وريد الباب الكبدية خفيف والارتسامات الوريدية الخارجية سطحية وغير متوترة .

وعلى العكس من هذا فان النسيج الضام في التشمع الكحولي كهل متليف والضغط الذي يحدثه للجملة الوريدية شديد . ولهذا كانت الارتسامات الوريدية شديدة الواضح ومتوترة

ولم اشاهد ارتسامات وريدية تحت الصرة الا في ثلاث حادئات من التشمع البردائي الناجمة من سداة ناقصة في الوريد الاجوف السفلي والحدثة لوذمة شديدة في الطرفين السفليين .

اما في التشمع الكحولي فليست هذه الارتسامات قليلة.

الوذمة : في الطرفين السفليين موجودة في معظم حادئات التشمع الكحولي وكان يظن ان سببها ضغط السقي للاجوف السفلي واما الوذمة السابقة للحبن فلا تمل بهذا التعليل لانها ناجمة من خلل وظيفي في خلية الكبد كما ذكر (هانو). وخلية الكبد تأثر ناه للكلية عن افراز الماء عدا باقي عناصر البول (روجه) فاذا اختلت اختل هذا الافراز فارتشح مصل الدم الزائد في اللحمة (النسيج الحلوي تحت الجلد) وكوّن الوذمة . ولعل خلل التشمع الضموري البردائي في دوره الابتدائي من الوذمة حتى خلل دوره الحيني منها في كثير من الحادئات ناجم من خفة استحالة الخلايا الكبدية فيه لا من قصور الخلية لان هذا القصور موجود في خلية كلا التشمعين كما ينت ذلك البيلة الغليقوزية التجزية ونقص البولة (اوره) وظهور صفراوين

البول (اورويلين) وتجربة زرقة المتيلين.

اما الاعراض الاخرى كضمور الكبد وضخامة الطحال والاختلالات الهضمية وشحوب لون البراز والحالة اليرقانية الخفيفة واليرقان الموقت او الدائم والنزوف وازدياد الغليقوز في الدم وتكاثره باعطاء السكر وتأخر تخثر الدم على الصفيحة او تجربة (دوك) فوجوده في كلا التشمين والبول في التشمع الكحولي قليل الكمية مزداد الكثافة محمر اللون يكثر فيه حامض البول وصفراونه (اورويلين) وتقل فيه البولة وهذه العناصر جميعها موجودة في التشمع الضموري البرداني يضاف اليها خضاب الدم (هموغلوبين) في بعض الحادثات .

النتيجة — صادفنا التشمع الضموري في ٣٧ مريضاً مصابين بالتشمع البرداني المزمن ومعظمهم لم يذق الاشربة الكحولية طيلة حياته وخال من الاعراض السريرية والمخبرية الدالة على داء الافرنج الارثي والمكتسب وعلى التدرن . وانا مع اعترافنا بان تفاعل (واسرمان) السلي لا ينفي داء الافرنج نفيّاً باتاً نعتقد استناداً الى البيئة الموبوءة بالبرداء التي يعيش فيها مرضانا والى الاسباب المتقدمة الذكر ان سبب تشمع اكبادهم البرداء وان الاسباب الاخرى لا يعول عليها في الحادثات التي شاهدهاها .

فكما ان البرداء تحدث تشمع الكبد مع التهابها الحشوي والتشمع الضخامي الصبافي وان نادراً فهي تحدث ايضاً التشمع الضموري حسب نموذج لا نك وكما ان الكحول يسبب تشمعا ضموريا وتشمعا ضخاميا فالبرداء تحدث ايضاً تشمعات ضخامية وتشمعات ضمورية .

طريقتنا في التخدير القطني (١)

للدكتور مرشد خاطر استاذ الامراض والسريريات الجراحية في معهد الطب بدمشق

يظهر لنا ان السواد الاعظم من الاطباء والجراحين في قطرينا السوري واللبناني لا يزالون يتحاشون حتى اليوم التخدير القطني على الرغم مما قيل فيه من الحسنات في المؤتمر الجراحي الفرنسي السابع والثلاثين الذي عقد في تشرين الاول في باريس سنة ١٩٢٨ ومن التقرير الضافي المتع الذي قدمه في ذلك المؤتمر الاستاذان فورغ وباسه . مع اننا كنا نرجي لهذه الطريقة في التخدير انتشاراً كبيراً في بلادنا العربية لان استطاباتها قد عينت تمام التعيين ولان طرز اجرائها قد سهل كل السهولة والعوارض الخطرة التي كانت تنشأ منها قد تقلص ظلها تمام التقلص فضلاً عن ان التخدير العام سواء أكان بالايثير او بالكلوروفورم او بسواهما لا تقبل عوارضه عن عوارضها ولا سيما متى لم يعهد به الى ايدي اختصاصيين خبراء ممرنين .

ولما لم يكن في بلادنا ولا في بعض مستشفياتنا ايضاً اختصاصيون بالتخدير العام يطمئن بال الجراح اليهم متى تولوا تخدير مرضاه بل هو يحتاج

(١) قد اعد هذا المقال ليتلى في المؤتمر الطبي المصري الذي عقد في الكلية الاميركية في بيروت ثم حالت موانع دون تلاوته

الى مراقبة التخدير في سياق العملية دفْعاً لطارئة لا ينتبه لها المخدر فيبدد افكاره مع انه في حاجة الى استجاءها كان التخدير القطني من افضل الطرق التي تتوفر هذه الشروط فيها .

ولما كنّا من دعاة هذه الطريقة وممن اختبروها زمناً ليس بالقصير واستعملوها في معظم التوسّطات الجراحية الواقعة تحت السرة متى لم يكن في المرضى ما يمنع استعمالها وكان احصاؤنا الذي جمعناه في سياق السنوات الست الاخيرة عن هذا التخدير في شعبة معهدنا الطبي العربي الجراحية بدمشق خلواً من العوارض رغبتا في طرح هذه المسألة على بساط البحث امام زملائنا المؤتمرين السكرام وايقافهم على الحطة التي نسلکها ودعوتهم الى استعمالها لما فيها من الحسنات .

ولسنا نرغب في هذا البيان المختصر ان نردد على مسامعكم ما قيل ويقال عن التخدير القطني فان بطون المجلات وخلاصات المؤتمرات ملأى به بل نود ان نبين لكم ما تمتاز به طريقتنا التي تتبعها والتأثير التي جنيها منها وتترك لكم الحكم عليها ام لها مؤملين ان تكونوا بعد هذا البيان من اعظم دعاها واخلص رسلها .

اما طريقتنا فهي طريقة أبادي (Ahadié) الحالية من التعقيد وهي تقوم بحقن المريض قبل العملية بساعتين او ثلاث ساعات بخمسة وعشرين سائغرام بنين (كافئين) ثم حقن قطنه قبل العمالية مباشرة باربعة سائغرامات ستوفائين .

وقد اتبع هذه الطريقة منذ زمن ليس بقصير الاستاذ لوسر كل زميلنا

الفاضل في معهد الطب بعد ان اختبر سواها من الطرق التي كان يشيد دعائها بحسنها وبعد ان قابل نتائج تلك بهذه فلم يجد لها مساوية لها فظل مثابراً عليها ولم يرد عنها بديلاً . وقد اتبعنا بدورنا طريقة (أبادي) بعد ان تحققنا افضليتها تاركين النوفوكاين ومشتقاته : السنكاين والالوكاين والسكروروكاين جانباً ولا سيما المحاليل التي يدخل في تركيبها اجزاء عديدة ومكتفين بالاستوفائين وحده لان هذه المواد التي يقال فيها انها اخف سمية من الستوفائين لا تحدر تحديراً ثابتاً وكافياً الا متى حقن منها بمقادير كبيرة ١٢ - ١٥ ستغم فيكون قد بلغ المخدر حد التسمم او قد تجاوزه فنبذ العوارض العديدة التي أساءت الى سمعة هذا التخدير وثبتت صيته وبرهانتنا الاحصاء الذي تقدمه فهو خالٍ من جميع العوارض المزعجة مع ان احصاآت سوانا الذين يستعملون المواد الاخرى الاخف سمية على زعمهم لا تخلو من بعض العوارض حتى من الوفيات وبهذه المناسبة لا بد لنا من ذكر طارئتي غشي قلبي صادفاهما اثناء التخدير في سياق السنوات الست الاخيرة احدهما بالايثير والثانية بالكوروفورم وقد رفعنا مشاهدتنا في ذلك الحين الى جمعية الجراحة في باريس ونشرنا في الجزء الرابع والعشرين من مجلتها سنة ١٩٢٨ وقد نجح المريضان بعد ان حقن قلباهما بالكظرين (ادرناين) ، نورد هاتين الطارئتين على سبيل المقابلة بين التخدير العام والتخدير القطني فان الاول قد حدث فيه عارضتان خطرتان والثاني لم تقع فيه ولا عارضة مع ان عدد المخدرين تحديراً قطنياً ينيف عن خدرها تحديراً عاماً في شعبتنا .

فاسمحوا لنا أن نذكر لكم الشروط التي نتقيد بها في ممارسة هذا التخدير لاننا نحفظنا لها قد خلا احصاؤنا من العوارض وظل نقياً لا تشوبه طائفة مكدرة .

ولا بد لي من اقتراح ابدية قبل ايراد هذه الشروط وهو ان يسمى هذا التخدير قطنياً لا قفرياً (rachianesthésie) كما يسميه معظم الجراحين في العالم لاني ارى ان توسيع نطاق هذا التخدير الى ابعد من الفقرة الثانية عشرة الظهرية يضر بسمة هذه الطريقة وان يكن جونسكو وتلامذته ينفون هذا الامر ويعتقدون ان التخدير الفقاري العالي خالٍ من الطوارئ كالتخدير القطني .

اما الشروط فهي هذه :

١ - مقدار المخدر : لم يتجاوز اربعة سنتغرامات ستوفائين في تخدير اتنا جميعها لاننا لم نجد حاجة الى اكثر من ذلك لا بل نحن نكتفي في معظم توسط اتنا الجراحة تحت السرة بثلاثة سنتغرامات فقط وقد صادفنا حين اجرائنا لهذا التخدير عاليا في الفاصل الاول القطني بثلاثة سنتغرامات وفي بعض الاوقات بستغرامين فقط تخديراً عاماً مع اننا لم نقصد مثل هذا التخدير فكان المريض ينام نوما هادئاً ولم يكن على المعاون الا مراقبة تنفسه واجباره على الكلام حينما كان يرى ابطاء فيه .

ثانياً : نستعمل دائماً محلولاً حديث الاستحضار لم تمر على تحضيره اكثر من ستة اشهر نسبته ٠.٠٢ سنتغرام في كل سم ٣ من الماء وفي كل حبة (امبول) منه سنتغرامان مكعبان اي اربعة سنتغرامات ستوفائين .

ثالثاً : لا نستعمل التخدير الا في العمليات الواقعة تحت الحجاز او بالاحرى تحت السرة لاننا نعتقد كما قلنا ان توسيع نطاق التخدير القطني مخوف بالمخاطر رابعاً : لا نخدر تخديراً قطعياً الاحداث دون السادسة عشرة ولا الشيوخ ما فوق الخامسة والسبعين مع ان الاستاذ روشه (Rocher) من بورديو لا يمتنع عن تخدير الاحداث فقد اجرى منها ما لا يقل عن ١٧٥ تخديراً في اولاد لا تتجاوز سنهم خمسة اعوام غير ان احصائه لم يخل من الطوارىء ولهذا نراه قد انقطع ثلاث سنوات متواليات عن هذا التخدير ثم عاد اليه .

وتحاشى التخدير في هبوط التوتر الشرياني كما في حالات النزف الغزير وفي التسممات الشديدة ، ولا تمتنع اذا استثنينا هذه الحالات عن استعمال هذا التخدير الا متى رفضه المرضى ويسرنا ان نعلن لكم ان مرضانا لم يكونوا بأقل ثقة منا به حتى انهم بعد ان شاهدوا حسنة في رفقاءهم كانوا يسألوننا بالخالج اجراءه لهم .

ونحن نجري في شعبتنا بهذا التخدير كل ما لا يستطيع اجراؤه بالتخدير الموضعي وما لا يستدعي التخدير العام .

اما العوارض التي صادفناها فانا نجملها ونختصرها فانا لم نشاهد الا نادراً الماصفة التي يصف الغير وقوعها ما بين الدقيقة الخامسة عشرة والعشرين من التخدير ولم نصادف قيئاً ولا غثائاً الا في حالات نادرة ولم نر مطلقاً صدمة ولا تفاعلات سحائية ولا شلل الطرفين السفليين ولا شلل اعصاب القحف واحصاؤنا خال ايضاً من الوفيات

اما الصداع فنادر وكثيراً ما لا يشكوه المريض الا اذا نبه له وهو

يزول بالمسكنات العادية كالاسبرين واذا استعصى كما في حادثتين صادفناهما فانه يخضع لحقن الوريد بالماء المقطر .

واما الأُسْر (انحباس البول) فقد صادفناه في التخدير القطني كما في التخديرات العامة ولعله اكثر العوارض حدوثاً غير انه سريع الزوال وقد لاحظنا انه كان يظهر بالايحاء (suggestion) لانا كنا نرى ان المرضى المخدرين تخديراً قطنياً كانوا يصابون بالاسر متى جاورت أسرّتهم لسرير مريض آخر مع ان المرضى الآخرين الذين كانت تقع أسرّتهم الى جانب مريض خدر تخديراً قطنياً دون ان يصاب بالاسر كانوا لا يصابون به . .

طرز العمل : سهل للغاية . تملأ المحقنة أولاً بالمحلول المخدر وفيه اربعة سنتغرامات ستوفائين وتوضع على منضدة ثم تغرز الابرة في احد الفواصل القطنية والمريض جالس او مضطجع وينزع الشنط (mandrin) منها فينصب المائع الدماغي الشوكي ريثما يكون الجراح قد تناول محقنته وادخل طرفها في فم الابرة ويدفع المحلول المخدر من دون عجلة او ابطاء او استنشاق المائع ومزجه بالمخدر لان الشرط الاساسي في التخدير كما يقول ريش هو ان يظهر الجلد ويحقن بالمخدر وما عدا ذلك فهو فضولي .

اما احصاؤنا الذي نذكره فهو يتناول ١٥١٥ تخديراً وهو خالٍ من الطوارىء الخطرة ولم تبدُ فيه الا الطوارىء الطفيفة التي ذكرناها آنفاً وانا ندعم به الاحصاءات الاخرى التي تبين فضل التخدير القطني وحسنه .

وفيات	عدد
-------	-----

٦١٤٧

٣

احصاء برون (Brun) من تونس

وفيات	عدد
احصاء لاكارّا	٣١٤١
احصاء اليفيزاتوس (Alivisatus) من آثينه	٣٣٤٩
احصاء سان بوتوانو وستون وتابودورسكو	٣٨٠٠
احصاء لاكاز (Lacaze) (فال دوغراس)	٣٠٤١
احصاء دروفيل (مونبليه)	٢٠٠٠
احصاؤنا	١٥١٥

وقد درس فورغ وباسه ١٣٠٠٠٠ مشاهدة فلم يجدا ان معدل الوفيات قد تجاوز واحدا في الالف فضلا عن ان هذه الوفيات كانت في اشخاص لم ترع استطببات الطريقة فيهم نغني اشخاصا انخفاض توثرهم او سدت امعاؤهم او كانوا مدنفين او مصابين بالسرطان وسوى ذلك هذه هي ارقامنا التي تثبتها وهي ناطقة بفضل التخدير القطني ومبينة ان الخطر فيه يقل عن خطر التخدير العام بالايثير وينقص جدا عن خطر التخدير بالكوروفورم وهذه طريقتنا سهلة لا تعقيد فيها فلتمثل بقول الاستاذ برار: لا يجوز اجراء التخدير العام الا حيث يتعذر اجراء التخديرين القطني والموضعي .

اما حسنات التخدير فلست أرى حاجة الى الاسهاب فيها بل اكتفي بذكرها فأولاهما انه لا يضر السكبد والسكريتين وقد اثبتت هذه القضية تتبعات جامبرو وكريستول وبوند وسواهم فقد بين جامبرو ان حموضة الدم تزداد في الايام الثلاثة او الاربعة التي تلي التخدير من ٢٠٦ ، وهو الحد الطبيعي الى ٢١٨ . في المخدرين بالكوروفورم وانها اقل من ذلك في المخدرين بالايثير ولا ترتفع مطلقا عما كانت عليه قبل العملية في التخدير

القطني وقد درس فيدال وأبرامي وهوتينال بدلات الكبد بعد التخدير فينوا ان تقصير الكبد بعد الكلوروفورم ثابت ولو قصرت مدة التخدير وان هذا التقصير يظهر بعد التخدير بالايثير وبروتوكسيد الآزوت متى طالت المدة . اما في التخدير القطني فلا تتأذى خلية الكبد وهذه الحسنة وحدها كافية للاقبال على هذا التخدير .

وثانيها انه لا يسيء الى الرئة كما يسيء اليها التخدير العام ،
وثالثها : ان الامعاء تسكن في اثناء التخدير ويخلو الحوض الامر الذي يسهل على الجراح عمله ،

ورابعها : الاستغناء عن شخص مخدر .

وخامستها : بقاء الرشد في اثناء التخدير .

وسادسها : سهولة الاعتناآت التالية للعملية .

جميع هذه الحسنات تدعونا الى المثابرة على هذه الطريقة وتدعوك ايها الزملاء الكرام الى استعمالها حسب الطريقة التي تنبها لانكم متى استعملتموها وراعيتم فيها الشروط التي ذكرناها كنا متحققين انكم تختارونها ولا ترضون عنها بديلاً .



الى جراحي الغد

للدكتور لوسركل استاذ السريريات الجراحية

ترجها الدكتور عزة مريدن الطيب الداخلي في مستشفيات دمشق

يسود العمل الجراحي امران اساسيان : التشخيص الباكر والتوسط الجراحي الملائم او اتقان ما يسمى الاستطباب الجراحي وهاتان القضيتان المعقدتان اغني بهما التشخيص والاستطباب لانهما الا التجارب السريرية واذا استثنينا الحالات التي قد يكون التوسط السريع مضرأ فيها قلنا ان التبكير في العمل الجراحي والتشخيص -- اذا لم يكن تضاد استطباب -- واسطة للنجاح سواء أ كانت الحالة آفة رضية او اختلالات آلية او آفات النهائية او عضوية او جروحاً او كسوراً وخلوعاً او انسداداً معوياً او التهاب الذليل الدودي. او سرطاناً والخ.

وما التوسط الجراحي الا نتيجة التشخيص والانذار فهو يتطلب اذن معلومات سريرية راهنة تستند بدورها الى ثقافة وافره فتعي الجراح الى معاناة مريض فانه يقوم في الغالب بمهمة الطبيب فعليه ان يكون واقفاً على مستحدثات الطب واذا لم تتوفر فيه هذه الشروط ولم يعم هذه المعلومات الواسعة التي يرتكز عليها كل اختصاص كان مثله مثل من يتعاطى مهنة يدوية وكان متمماً لارادة زملائه الاطباء من دون ان يكون له رأي

خاص فيها فلا تملو مكانته عن الحلاقين القدماء او الجالين او الجبرين او غيرهم من الدجالين ولا تدرس السرريات في الكتب بل في المستشفيات وقرب أسرة المرضى حيث يراقب سير المرض يوماً يوماً وتحقق نتائج العمليات الجراحية فعلى الجراح الماهر ان يكون اولاً عالماً متضلعا من السرريات وقد يتضلع الجراح من هذا العلم من دون ان يتقن الجراحة ويميز فيها وذلك متى لم يتحل ببعض الصفات المميزة ولا سيما الباقية التي تجعل الجراح الماهر يسيطر على عمليةه وكأني ببعض من يقرأ اسطري يتحرك فيه الميل اليها مع ان اتقان الجراحة فطرة في الانسان فتى كان الولد يحسن استعمال المنشار والمطرقة والمقراض من دون ان يجرح اصابعه ومتى كان طالب الطب يحسن السلخ والرسم وكانت في حركاته واصابعه بعض الباقية قل ان فيه ما يؤهله لاتقان الجراحة . فالى جراحي الغد أوجه كالتالي هذه :

المهارة اليدوية شرط اول يجب توفره في الجراح لان الدين الثقيلتين البطيئتين الحرقاوين لا تؤهلان صاحبهما ليكون جراحا ماهراً واذا هرع اليه فلان الضرورة احوجت اليه حيث لم يكن سواه ومهارة اليد دليل واضح على سرعة الحائط وسعة الفكر لان العمل اليدوي تنفيذ للامر الصادر عن الدماغ فالجراح الماهر يقابل برباطة جأش ما يعرض له من المفاجآت في سياق عملياته الصعبة من دون تردد او حيرة غير ان رشاقة اليد والجلس الجراحي هبة طبيعية كرشاقة النقاش في النقش والرسام في الرسم والتلوين ويشترط فيهما الدرس والتمرين اذا شاء الشخص ان ينبغ فيهما وذلك بدرس التشريح درساً عميقاً لانه العلم الذي يمكن الجراح من الثقة بنفسه

في اجراءاته العملية وعلى الجراح ان يوسع هذه المعلومات بالتمرن الطويل على الطب الجراحي في الموتى او الحيوانات فيكتسب حينئذ الطرق الجراحية والرشاقة في استعمال الموضع والقياس والدقة في الحركات وتطابق الاوضاع هذه الصفات التي نحن مدينون بها للمعلم الا كبر فارابوف ومتى اكتسب الراغب في الجراحة كل هذه المبادئ دخل قاعة العمليات فتأثر على الجراحة وزادها اتقاناً وكلاً بعمله اليومي فاستطاع الاقدام على اخطر العمليات واجراها كأنه يجري اسهلها بسرعة ورشاقة ودقة .

تتصف الجراحة الفرنسية :

بسرعة الاستئصال ودقة التصنيع وقلة تعريض الجرح للهواء والعمل بالآلات من دون استخدام الاصابع وتقليل الحركات واجراء المفيد منها فقط والتقليل من المعاوين جهد المستطاع والطهارة التامة وكل هذا يخفف الصدمة ويدعونا الى الاعتراف بحميل (تريه) المحقق لطريقة باستور واني الجراحة الحاضرة ، والاقرار بفضل تلاميذه الذين حج اليهم جراحو العالم لاقتباس هذه الطريقة منهم ولا بد لهذا الاتقان العملي من ان تدعّمه مزايا اديّة راسخة كالعقل الرشيد والجرؤة الحكيمة المفكرة وربط الجأش والتغلب على الذات وقوة الحكم كل هذه الصفات التي توحى الى الجراح عمله في الحالات الحرجة وترشده الى الطريق الذي يترتب عليه سلوكه متى فوجئ ، بما لا ينتظره وهذه الصفات الادية لا تجتمع عادة الا في جسد قوي نشيط فالقوة الجسدية والتجلد على التعب صفتان ضرورتان تستدعيهما حالة الجراح ومتى توفرت هذه الشروط فاما ان يكون الجراح تجاه آفات

معتادة او عاهات او عيوب مبتذلة فيكون الاستطباب الجراحي فيها صريحا
والعملية خالية من الخطر الا متى عاكست الاقدار ، والنتيجة مؤكداً
جسناً فيشار على المريض بها وعليه حينئذ ان يقرر ما يشاء .

او ان تكون الآفة ذات شأن تهدد حياة المريض ان عاجلاً او آجلاً اذا
لم تتدارك بالتوسط اللازم فعلياً حينئذ ان تقوم بهذه المهمة وتقنع المريض
باجراء العملية ولا سيما متى كانت العملية ضرورية بدون اقل ابطاء لان في
التأخر الهلاك .

ومتى كان التشخيص جلياً والاستطباب الجراحي واجباً وجميع
الاحتياطات اللازمة قد اخذت ومتى قيست الاخطار التي يستهدف اليها
المريض بداعي مرضه وبسبب الصدمة الجراحية بما يعلق على اجراء العملية
من النجاح كان على الجراح ان يضع نصب عينيه مصلحة المريض وان يشير
بالعملية الجراحية غير ملتفت الى ما سيوجه اليه من النقد اذا خابت عملته او
ناظر الى ما ستجره على سمعته الجراحية تلك الحجة لان حياة المريض هي
الهدف الذي يرمي اليه الجراح في عمله فاذا لم يكن له من الامل بتخليصها
الا واحد في الالف كان عليه ان يقدم عليها غير هيب

يقول المثل الفرنسي القديم «اصنع الواجب غير ملتفت الى ما سيكون»
وكل عملية يبدو لك من اجرائها بارق امل للمريض أجراها ولو ان في
اجرائها ضياع سمعتك . لانك بهذا تغالب الموت وتنجي منه تلك الحياة فاذا
بسم لك الدهر ونجحت كان فوزك عظيماً وسرورك كبيراً واذا لم تنجح كانت
الحجة شديدة الوطأة عليك غير انك تكون قد دقت بالواجب عليك

اننا نعلم ونقر والاسف ملء قلوبنا ان هذه القاعدة لا يتبعها الجميع وان الكثيرين يكتسبون شهرة بعيدة بامتناعهم عن اجراء العمليات الصعبة واكتفائهم بالسهل منها تاركين المرضى الذين هم في اشد الحاجة اليها يموتون ومتحلين لانفسهم اعذاراً بان آفاتهم لا حيلة للجراحة فيها. ان هؤلاء يفوزون دائماً والاشتر تقدر اراءهم حق قدرها لانهم يمانعون في اجراء العمليات ولو كانت الوسطة الوحيدة لنجاة المريض .

لا يليق هذا التصرف بالجراح الماهر لانه دليل على الجهل او العجز او الانانية التي تدفع بالجراح الى تفضيل مصلحته على حياة المريض وليس هذا ما يقضي به العلم والجراحة الحاضرة والرافقة بالبشرية بل ان في هذا العمل ما يحط بالجراحة الى اسفل الدرجات وينزع منها عظمتها وابعاءها .

فاذا جاز للجراح ان يجتنب العمليات التي لا فائدة منها كان عليه ان يقدم على ما فيه بعض الامل بالنجاح . لسنا ننكر ان في هذا الامر بعض القلق وان المريض واقرباءه يضطربون وترتد فرائضهم كلما دنا وقت العملية ولكن لا نظن ان الجراح الذي يأتي والابتسام على شفتيه والهدوء على جبينه لا تعصف في نفسه رياح القلق والاضطراب . فهو لا يظهر ما يحتاج نفسه من الهواجس ولا ما يستحوذ عليه من الارق ولا ما يتناه من الوهن ولا ما يمثل امام عينه وهو يغسل يديه من الاخطار التي تنتظر مريضه ومن الصعوبات التي ستقف في وجهه بل يمضي بقلب جريء ويد ثابتة ويتنضي مشرطه ليرجم الموت على اعقابها خائساً وهو يستمد ثباته وسكونه من اضطرابات التي تغلب عليها فيدد القلق المستحوذ على سواه بهدوء

ورباطة جأشه . وليست اضطراباتهُ وتأثراته قبل العملية وفيها وبعدها اذا
جدَّ في اخفائها بأقل مما يجول في قلوب سواه ولا بأقل حقيقة منها
وعلى الجراح الذي يرغب في ان يكون لائقاً للفنيلة الرفيعة التي بلغتْها
الجراحة ان يبقى فتياً في جسده فتياً في عقله وان يعد نفسه حتى اليوم الاخير
من حياته الجراحية طالب طب متعطشاً للعمل والاستفادة .

عليه ان يطلع على مستحدثات الفن ومسائله الغامضة وطرقه الجديدة
لكي يكيف علمه وطرقه لانه اما ان يماشي العلم فيفوز او ان يخرف عنه فيهبط
والمسؤوليات الملقاة على عاتقه كبيرة لان في كل حركة من حركاته بل
في كل سكة من سكناته تعباً وفرحاً وسعادة للأسرة التي يعالج مريضها او
موتاً وحزناً وتماسة لها فلا يكفيه ان يكون عالماً بفنه واقفاً على السرييات
حق الوقوف بارعاً في العمل الجراحي متمزناً خيراً بل عليه ان يضم الى علمه
العملي ثقافة ادبية عالية وضميراً حياً وقلباً رؤوفاً محترماً للحياة البشرية وقادراً
ايها حق قدرها .

وعليه ان يتمشى على مبادئ القدماء الحكيمه « لا تعمل بسواك ما لا
تريد ان يعمل الناس بك » هذه هي الاقوال الماثورة عن امبرواز باره مؤسس
الجراحة الفرنسية وان شعار جمعية الجراحة الفرنسية « صدق في العلم وضمير
في الفن »

وان يسير على مثال معلميه الذين انتخبهم ليسددوا خطواته في حياته الجراحية



خلاصة عن بعض اعمال المؤتمر الطبي الفرنسي

عام ١٩٣٠

مترجمة بقلم الاستاذ شوكة موفق الشطي

المداداة بالأنسولين في غير الداء السكري

التقرير الاول

م. ج. ب. هوث : جعلت الاستقصاءات الحديثة المداداة بالانسولين مستندة الى قواعد علمية راهنة . ينخفض السكر في الدم باستعمال الانسولين لانه يؤثر في الكبد والمضلات المخططية فيزيد الانسولين الفليكوجن في الكبد وينهي حادثة انحلاله فيناهض عمل الكبد في تنظيم سكر الدم . وكذلك المضلات فاتما مولعة بالدبسوز (الفليكوز) فتثبته . فينجم من هذا ان سكر الدم ينقص نقصاً تدريجياً ويضمحل والدبسوز المضلي لا يعيض عن سكر الدم كما هو الحال في دبسوز الكبد بل ينقلب الى حامض اللبن فيحدث قدرة آلية .

ولسكر الدم موازنة خاصة فاذا زادت كميته فيه احدثت هذه الزيادة انقرازاً عن طريق الاعصاب التأهية (nerfs vagues) واذا نقص السكر في الدم وقع تفاعل ودي يؤدي الى زيادة افراز الكظرين (الادرنالين) فيحرك

الدبسوز من الكبد ويبدو في الوقت نفسه اسراع في القلب واتساع في الحديقة ونفس شديد وعصبية تدل على نقص سكر الدم .

يستدل من ذلك ان في تطور مائيات الفحم توازناً ثابتاً بين الجملة التأمية الانسولينية (système vago-insulaire) والجملة الودية الكظرية ويجب تحاشي هذا التفاعل الودي في المداواة بالانسولين لانه ينقص كمية الفليكوغن الكبدي فيجب والحالة هذه اعطاء كمية كافية من السكر حين استعمال الانسولين . ويعمل النخامين (hypophysine) ايضاً في تنظيم السكر فينقص انخفاض سكر الدم الانسوليني ويرجع ازدياد سكر الدم الكظريني . وتلب الغدة الدرقية ايضاً دوراً كبيراً . فهي تزيد التحمض فيزداد احتراق الفليكوغن في البيئة

ويستعمل الانسولين مشتركاً مع الفليكوغن في سلسلة حالات مرضية وذلك لحواصه الآتية الذكر

١ - تزييده للفليكوغن الكبدي

٢ - تحسينه لتطور مائيات الفحم في بعض الاعضاء كالقلب والميضين وتزييد دبسوز الكبد يقاوم خلون الدم (acétonémie) الكبدي او غيره ويقي خلية الكبد من خيراتهما الذاتية الحالة (ferments autolytiques) وهذه المداواة مفيدة في الحبالى المصابات بتسمم الدم بالخلون الذي يحدث التناذر الخطر وهو التفرت (في الحمل المستعصي) الناجم من اضطراب توازن الاخلاط . والعامل الاساسي في هذا التسمم في الحبالى هو ان افراز فص الغدة النخامية الامامي يزداد وقد ابان هوسي ويازوتي ان للفص المذكور

تأثيراً في الداء السكري . وتزيد دبسوز الكبد باعطاء الدبسوز مع الانسولين هو خير واسطة خلقية لمخاطفة تسمات الدم الخلووية المتنوعة : الاضطرابات بعد التخدير وبعد العمليات ، وتسمات الدم الخلووية في الاطفال . ويجب في هذه الحالة تحاشي الحالة القلوية (alcalose) لأنها تخفف تثبيت مائيات الفحم وتمنع كل ما من شأنه ازدياد الافراز الكظريني ولا سيما حالات قلة سكر الدم .

وتستعمل المداواة بالدبسوز والانسولين لتزيد دبسوز الكبد في جميع الآفات الكبدية الا متى رافقتها الييلة الخلووية المتصفة بنقص الدبسوز في خلية الكبـد وفي اذية الكبد التي قد تنفضي الى قصورها كالضـمور الحاد او الخفيف الحدة او اليرقان بانسداد الطرق الصفراوية واليرقان الزكامي .

التقرير الثاني (اميل او برن)

بعض استطبـابات الانسولين في غير الداء السكري المستنتجة من عمل هذا الرسول الكيماوي

يبحث هذا التقرير بالخاصة عن سوء الاغذاء المزمن في الاطفال وعن الطريقة الواجب اتباعها في هزال السكهول وعن مداواة الجروح والقروح الوهنية في البطانات الظاهرة والباطنة وقروح الجهاز الهضمي . ويستتج من عمل الانسولين الصالح في هذه الحالات دوره المهم في زيادة الاغذاء اما فائدة الانسولين في السغل (athrepsie) فلم تثبت بعد وقد افاد في السغل الخفيف (hypothrepsie) غير ان طريقة المعالجة في هاتين الحالتين لا تخلو من خطر نقصان الدبسوز في الدم وقد ظهرت فائدة هذا العلاج

جلية في اقياء الاطفال المقرونة ببيلة الحلون وفي القمه العنيد وفي التحول المستمر . وفائدته لا تنحصر في تحول الاطفال بل في هزال الكهول مع نهك القوى وهبوط الاحشاء والقمه المستمر وفي سوء الاغتذاء اثر الارهاق وفي النقمه الطويل المدة وقبل التوسطات الجراحية الخطرة وبعدها (واستطبائاته هنا اساسية) ويفيد في حالات اخرى فائدة غير ثابتة كما في بعض الامراض الروحية والقمه الناجم من الامراض العقلية وداء بازو وفي اكثر امراض الانبوب الهضمي المؤلمة وفي التحول الشيعي والاتانات البطيئة السير خلا السل واستطبائاته في هذه الحالات نسبية . واما في الدنف الناجم من السرطان او من الاتانات العقام فقائدته مشكوك فيها مع ان كثيراً من المؤلفين قد امتدحوه فيها

اما استعمال الانسولين في مداواة السل فقد فصح مجالاً لآراء متناقضة للنفث الدموي الذي قد يحدثه في الوثبات الحادة لذلك يجب ان يعد الشكل الحمي مضاداً لاستطباب الانسولين

واما في الاشكال الساكنة والمثبتة بتأثير الاستيهاط (١) (collapse- therapie) فيفيد الانسولين بتنشيط فعل الاغتذاء ويجب في هذه الحالة ايضاً استعماله بكل حذر

وينشط الانسولين ندب الجروح فيسر عشفاء القروح المزمنة . واستعمل الانسولين في قروح الانبوب الهضمي

التقرير الثالث

الانسولين في مداواة الآفات القلبية الوعائية

م . غ . بـكل (جنوه) : استمدت فكرة مداواة الامراض القلبية بالانسولين من امرين اساسيين : احدهما قياسي وهو تحسن الالتهابات الشريانية وبعض الفئرينا السكرية تحسناً سريعاً بالانسولين وثانيهما اختباري مستنتج من تأثير الانسولين في اعتداء عضلة القلب وتنشيط عملها

تأثير الانسولين في القلب : اذا حقن الحيوان الحي بالانسولين يبدو فيه اسراع قلبي يعدل بالغليكوز بسهولة فائقة فلم اذن يخشون ضرر الانسولين بالقلب ؟ ينسب ستروس ولا كـر وغيرهم حادثة الاسترخاء العنيد التي قد تبدو اثر اعطاء جرعات كبيرة في معالجة السبات السكري الى الانسولين في حين ان المريض لم يكن في دمه حينئذ حموضة ولا نقص في سكره ويعتقد بـكل ان هذه الحادثة ليس لها ادنى علاقة بالمداواة الانسولينية لانها معروفة قبل دخول الانسولين في فن المداواة . والمحذور الوحيد الذي قد يصادف ويكون ناجماً من الانسولين هو الانحباس المائي الذي يضاف الى الودذات القلبية .

ويستنتج من الابحاث المخبرية والسريية ان الاضطرابات الدورانية لا تقع بتأثير الانسولين ما لم تعط منه جرعات كبيرة وتزول هذه الحادثات باعطاء المريض غليكوزاً وهذا ما يدل على ان هذه الاضطرابات ناجمة من نقص غليكوز الدم لامن التسمم بالانسولين لذلك لا يجوز حرمان المقلوبين فوائد الانسولين لان الكميات القليلة من الانسولين تحسن الامراض القلبية

وتجعل العضلة القلبية تستفيد من سكر الدم ولا يخفى ان مائتات الفغم تلعب دوراً مهماً في اغتذاء القلب. وان سكر الدم يضطرب في الامراض القلبية التي لا تعاوض فيها فيما يبدو نقص في سكر الدم على الريق تزداد كميته ازدياداً غير منتظم على اثر تجمع الغليكوز وتكون عضلة القلب في القلابات محتاجة الى جهاز ناظم للسكر حاجة قصوى .

يجعل الانسولين استعمال الغليكوز سهلاً وقد اظهر يك بصورة جلية الفائدة التي يجنيها القلب من اعطاء المرضى انسوليناً وغليكوزاً معاً فالمداداة بالانسولين وحدها لا تفيد المقلولين ولا بد من اضافة الغليكوز اليها. وقد استعمل المؤلف هذه الطريقة في استرخاآت خطيرة لم تفد ادوية القلب المعتادة فيها اي فائدة فبدت تأتج حسنة

وكان يستعمل من ١٠-٣٠ وحدة (unités) في اليوم مع ١٠٠-٢٠٠ غرام غليكوز معطاة بطريق الفم او ١٥٠-٣٠٠ سم مكعب من محلوله المجهز بنسبة ٠.٣٠ . عن طريق الوريد وقد زالت بذلك عوارض استرخاآت ناجمة من افات مصراعية ومن التهاب عضلة القلب ومن تصلب الشرايين الاكليلية . ولا يمنع استعمال الانسولين الالتجاء الى مقويات القلب الاخرى بل يساعد على عملها .

الانسولين في الآفات العرقية : استعمال الانسولين في هذا الصدد كثيرة وجلبا يستنتج من المشاهدات السريرية

ازدياد التوتر الشرياني : قد عرف منذ عهد قديم تأثير الخلاصات المشكلية

(pancréatiques) في تنقيص التوتر الشرياني. ويعتقد المقرر ان الانسولين قد يفيد على ان يعطى منه مدة طويلة في بعض حالات ازدياد التوتر الشرياني لا لانه خافض للتوتر قصدا بل لتأثيره الحسن في التطور (métabolisme) ويستطب ايضا في ازدياد التوتر الشرياني المصطبب بازدياد غليكويز الدم وبانحباس الازوت فيه لتأذي السكوية . ويفيد الانسولين الاقصة الشريانية باعطائها الخلاصة المعشكيلة اللازمة لغذائها الطبيعي فيعوق شيخوخة الاوعية وينقص الانسولين بهذه الطريقة التوتر الناجم من شيخوخة العروق المبكرة فائدة قد تكون مستمرة

تصلب الشرايين : ان ما ذكرناه دعا المقرر الى استعمال الانسولين في تصلب الشرايين الخطر ولا سيما في الاشكال المدفئة والمصطجة منها ببطء الدوران والمهددة بانسداد الشرايين ويبرر استعمال الانسولين في تصلب الشرايين ملاحظة ازدياد الغليكويز في دم الشيوخ على الريق وتكبير تصلب الشرايين في السكرين ولا سيما متى زاد مقدار الغليكويز الدموي عن ١,٢٠ غرام على الريق. وقد استعملت في هذه الحالة وحدات يختلف عددها من ٢٠ --- ٣٠ في اليوم الواحد. ولم يفد الانسولين في تسكين الاعراض وازالتها فحسب بل في وقاية الشريان من الانسداد بعد ان كان انسداده على قالب قومين او ادنى

التهابات الشرايين السادة : افاد الانسولين في التهابات الشرايين المعصودة

(athéromateux) وفي التهابات العروق المخثرة السادة

غغرينا الاطراف الشيخية : تنجم من فاقة دم الطرف المسببة من اضطراب

وظيفي (تشنج شرياني ناجم من سموم او من منبهات للاعصاب المحركة للاوعية لا تزال مجهولة) ولا يكفي الانسولين في هذه الحالة خاصة لتوسيع العروق بل لا بد من الالتجاء الى الجراحة والاستيل كولين (acetylcholine) وقد تتجم من آفات اعضاء (parois) العروق وتكاثر النسيج الضام فيها في سياق الداء السكري او في غيره من الامراض فيفيد حيثذ الانسولين فائدة جلية .

خناق الصدر : اطلب بعض المؤلفين في فائدة الانسولين في مداواة خناق الصدر غير ان المقرر لا يرى رأيهم ولكنه يعتقد بان الانسولين يفيد في خناقات الصدر المصطحبة باضطراب تطور مائات الفحم . ويجب متى لم يكن في الدم مقدار كاف من السكر ان يعطاه المريض والا تتناوب نوب الخناق لان غذاء العضلة القلبية في هذا المرض مضطرب ولا تحتمل العضلة صدمة نقص الدم .

الخثر الدماعي التدريجي في الشيوخ : يفيد الانسولين في هذه الحالات وقد يكون اداة ناجعة في التخلص من الحادئات الناجمة من انسداد الشريان ويكفي لهذه الغاية ان يحقن المريض بـ ٢٠ - ٣٠ وحدة في اليوم . وهذا لا يمنع استعمال العلاجات الاخرى كاليودور والاستيل كولين وليموناة الصوده

التقرير الرابع

لوفافر (Le Favre) : بحث المؤلف في هذا التقرير عن خواص الانسولين في مكافحة حموضة الدم الواقعة بعد العمليات او في سياق اقياء الاطفال .

الدورية او في التفرت (قيء الجألى) وعن فوائده في امراض الكبد وعن بعض استطبابات اخرى .

الانسولين في حالات حموضة الدم :

أ - عوارض ما بعد العمليات : تقتزن بعض العوارض التي تصادف عقب العمليات بتناذر (syndrome) حموضة الدم ويستدل على ذلك بعلامات بولية ودموية: بيلة خاوية (acétonurie) ، انخفاض الذخيرة الكلوية وتصطبب حالات اخرى ببيلة الحامض الاميني (amino-acidurie) : اما سبب هذه الحوادث قليل أهمها من اجراء العمليات على الربيق ومن عوامل روحية ومن الاتزان والمرض الاساسي ولا سيما متى كان مقره انبوبة الهضم ومن التخدير ويعطى في هذه الحالة من ٢٠ الى ٦٠ وحدة انسولين ويجرع المريض معها ما يعادل ثلاثة غرامات غليكوز لكل وحدة انسولين . واستعمل الانسولين مع السكر ايضا كواقٍ من هذه المحاذير قبل التخدير والعملية

ب - الاقاء الدورية في الاطفال : يفيد الانسولين ولا سيما في الاقواء المصطحبة ببيلة الحلون على ان القول الفصل في هذا الصدد لا يستطاع النطق به .

ج - التفرت : جربت فيه المداواة بالانسولين مع الفليكوز فافادت . ويجب ان يكون المقدار من ١٥ - ٣٠ وحدة في اليوم

الانسولين في الكبدات : جربت المداواة بالانسولين والفليكوز في افات الكبد والطرق الصفراوية المختلفة فافادت في كثير منها ولا سيما في انواع قصور الكبد الوظيفي الناجمة من اضطراب تطور مائيات الفحم

والشحوم والمصطحجة بمحوضة الدم او من سوء تطور المواد الآحينية المصطحجة بفساد التغذية وكانت النتائج حسنة ايضاً في التهابات الكبد الحطرة المسببة من اتان حاد او تسمم . وقد افاد الانسولين ايضاً في عرضين كثيراً ما يصحبان الامراض الكبدية والصفراوية اعني بهما اليرقان والا كلة وافاد ايضاً في انعاش الحالة العامة مؤقتاً متى كانت الكبد مصابة بتشمع او بورم اما المقادير التي جربت في هذا الصدد ولا سيما في اليرقان النزلي فتختلف من ٥ - ١٥ وحدة في اليوم وفي القصور والانتانات والتسمات من ١٠ - ١٠٠ وحدة في اليوم وكان يعطى مع الانسولين كمية كافية من الفليكوز وذلك ضروري

استطببات الانسولين الاخرى :

في قصور الغدد الداخلية الافراغ : في الغدة الدرقية : اعطى نتائج حسنة في الحالات المصطحجة بسوء الافراز الدرقي وعسره . واستعملت في هذا الصدد مقادير جزئية

الغدة النخامية : جرب الانسولين بمقادير جزئية ومن دون مشاركته بالغليكوز فافاد في بعض الادواء السكرية (diabète insipide) اذ نقصت البوالة (polyurie) وازدادت قدرة الجسد على احتمال مائيات القمح . غير ان هذا التأثير ليس ثابتاً وقد افاد الانسولين في الداء السكري الفتحي (diabète acromégalique)

في الكظرين : لا يجوز استعماله في قصور الكظرين (capsules surrénales) مطلقاً .

المبيض: قد يوقف النزف الناجم من المبيض وقد ينظم الدورة الطمثية في ادواء الجلد: يفيد في بعضها ولا سيما في داء الدم.

في الحالات الاتانية: لا يستعمل في الاتانات الحادة الا في دور النقه لارجاع صحة المريض المتداعية وقد استفيد من خاصته في تنشيط التطور فاستعمل في الاتانات المزمنة كالسل

الامراض العصبية والعقلية: جرب في تناذر باركنسون وفي داء طومسون والهديان الارتماشي وغيرها من الامراض المصيبة المصطحبة بنحول فسكانت النتائج مشجعة

فاقة الدم الحبيثة: الآراء متضاربة فيه ويقول والنسكي ان الانسولين يفيد متى اشترك بنقل الدم وقد يستعاض بذلك عن طريقة ويل

السرطان: ليس له تأثير خاص في الاورام ولكنه يفيد الحالة العامة المتداعية

فحص المرضى

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية (١)

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

كيف يشخص المرض؟ سؤال لا بد من الاجابة عنه لان التشخيص هو الاس الذي تبنى عليه المعالجة وانكم لا تخطئون في التشخيص اذا رأيتم مريضاً مصاباً بأفة كنتم قد نظرتُم ما يماثلها في مرضى آخرين لان التشخيص يسهل عليكم كلما اعتادت اعينكم رؤية المرضى وهذا ما يدعوني الى الالحاح عليكم بملازمة المستشفى ليتسنى لكم فحص العدد الوافر من المرضى . غير ان الآفات التي تبدو لكم سهلة التشخيص تشخص في الغالب تشخيصاً ناقصاً مثال ذلك اذا كنا في العيادة الخارجية ودعوت احدكم الى معانة مريض يتدري حالاً قائلاً انه مصاب بفتق وهذا لا يكفي لان الفتوق اما أن تكون اربية (inguinales) او فخذية او سرية فاذا كانت اربية وقعت في اليمين او اليسار او كانت في الطرفين وكانت رأس فتق او فقاً حلياً او صفيّاً وكان لها كيس كنيف او متضيق في الوسط او له عدة تضيقات كالسبجة وكان فيه الثرب او الامعاء الغليظة او الدقيقة او الزائدة احياناً والخ .

وفوهة القناة الاربعة الخارج منها الفتق اما ان تكون شديدة التوسع او قليته وجدارها الامامي اما ان يكون جيداً او رخواً ضعيفاً وجدارها الخلفي كذلك فكل هذه الامور لا بد من معرفتها جيداً لاختيار الطريقة الجراحية والقول بان هذا الفتق معرض للتكس اولاً .

فلنتنظر اذن في الطريقة التي توصلنا الى تشخيص كامل . اننا لانستطيع ذلك اذا لم نعين المريض معاينة كاملة ولا تكون المعاينة كاملة الا متى اتبعت فيها طريقة خاصة مرسومة حسب خطة واحدة لا تتغير . وهذه الطريقة التي ورثناها من معلمينا هي ما يترتب عليكم معرفتها واتباعها في معايتكم لمرضاكم لانها الفضلى فعناية المريض تتألف : من الاستجواب والفحص السريري . يبدأ الاستجواب بالسؤال عن هوية المريض وعمره وصنعتة لان هذا امر واجب ذكره في صدر كل مشاهدة . وليس الامر فضولياً كما يظن البعض لان بعض المهن تعرض اصحابها لامراض خاصة ولان لكل سن مرضه فالسرطان لا يبدو غالباً الا بعد الاربعين والورم الابيض في الركبة لا يعالج معالجة واحدة في الولد والكهل والخ . .

ثم تلقى على المريض او من يحيط به اذا كان لا يستطيع الكلام اسئلة من شأنها ان تجلو لكم كيفية وقوع الآفة فتوصلون بها الى معرفة تاريخ المرض

فاذا كانت الآفة رضاً وجب الاستخبار عن الظروف التي وقعت فيها الحادثة وعن وضعة الجرح حين سقوطه وعما اذا كان قد تمكن من النهوض بعد ذلك السقوط والمشى ولو بضع خطى وغير ذلك

واذا كان الداء ورماً أو آفة عضوية وجب تحري الطرز الذي بدأ به الورم وتاريخ ظهوره واعراضه الاولى وطبيعة الالم فيه ومقره وتشعياته ومدته وكونه متقطعاً او ملازماً . فالورم الغدي ليس في الغالب مؤلماً والتهاب الحشاء (mastoidite) قد يكون الالم عرضه الاول والوحيد والعصاب الوربي (névralgie intercostale) قد يرشد الطبيب الى داء بوت . ثم يبحث بدقة عن سير المرض فان التهاب المفصل السلي لا يسير سير الالتهاب السيلاني والورم السليم لا يسرع في سيره كالورم الحثيث . ويجب ان تطلعوا ، اذا كان الامر ممكناً ، على المعالجات التي أجريت لان معرفتكم لها قد تكون مفيدة ولا سيما عما أجري من المعالجات الموضعية وما كانت نتائجها فاذا كانت سيئة تذكرتموها لكي لا تستعملوها كما استعملها سواكم .

وبعد اطلاعكم على تاريخ المرض مفصلاً . تدرسون سوابق المريض كما تستدعيه الآفة التي عرفتم تاريخها . فالسوابق المرضية تبين لكم علاقة رض قديم او آفة قد عولجت او آفة حديثة او قديمة (سل ، زهري ، سيلان ، داء متحولات «amibiase» برداء ، خناق «angine» حمى تيفية وسوى ذلك) بالآفة الحاضرة وترون اي المراقيل يستطاع وقوعها .

وعليكم ان تعرفوا ما اذا كانت كلية المريض حسنة ام لا وما اذا كان مصاباً بالداء السكري لان هذا كبير الاهمية من وجهة التوسط الجراحي والمراقيل المقبلة فاسألوا المريض عن ذلك موقناً وتحروا الامر بعدئذ .

وتدرسون ايضاً سوابق المرض الخلقية (الفيسولوجية) وقد ذكرنا سابقاً

انه لا بد من معرفة عمر الشخص وصنفته وطرز معيشته فان المتمرنين على الالاعاب الرياضية والقرويين لا يتفاعلون ازاء المرض كما يتفاعل مأمورو الدواوين وعملة المدن . والتسمم بالاشربة الروحية امر لا يجوز اهماله لانه ينقص متانة الشخص ومقاومته للأمراض فقد رأيتم الجمرات الحبيثة في العملة الذين يعالجون الجلود والنساء اللواتي يحلجن الصوف

ثم تناول الاستجواب السوابق الارنية المباشرة الاب والام فيسأل فيهما عن السل والزهري والسرطان والمهات الولادية وحالتهم الصحية وسبب موتها اذا كانا قد فارقا هذه الحياة . ثم يسأل عن صحة الاخوة والاخوات ويكون القسم الاول من المشاهدة قد تم

فتمودون بعدئذ الى تحري الاعراض المباشر في الناحية المريضة . فتكشفون عنها وتجعلونها في الوضع الاقل ايلاًماً للجريح بدون ان تعرضوه لأقل برد

وتبدأون هذه المعالجة بالنظر فتتحرون تبدل لون الجلد والكدمات والاوردة المتوسعة عليه كما في الورم العقلي (السركوم) والاحمرار كما في الالتهاب والفقاغات كما في الكسور والسحائب الشبيهة كما في الغنرينا الغازية وغير ذلك مما يصعب ذكره في مثل هذا البحث المختصر .

وتنظرون الى ممر الافة الدقيق ومجاوراتها للنواحي القريبة وتذكرون متى كانت الافة جرحاً منظره واتساعه وطبيعة مفرزاته وتورم حافاته وغير ذلك .

واذا كان تبدل في الناحية تصفون ذلك التبدل : التسطح والبروز

وغيرها وعليكم ان تقابلوا دائماً الناحية المريضة بالناحية السليمة في الجهة المقابلة فانحراف اجزاء الطرف توجه انظاركم الى خلع او كسر . وتلاحظون الاوضاع المعيبة وتعانون المريض اذا كان الامر ممكناً وهو نائم وواقف واما مشي وجالس والخب . فاذا كان ورم صفوا سطحه أملس هو منتظم او محدب وليكن وصفكم ضافياً ودقيقاً حتى يتمكن من يقرأكم ان يمثل الافة كأنه يراها . فاذا كروا شكل الورم المحدب والفصص والاجاصي وشبهوا الورم بحجم الفاصوليا او الجوزة او البيضة او البرتقالة الصغيرة او الكبيرة او رأس الجنين او رأس الكهل . فالسرطان الغدي (الكارسينوم) لا يجسم مطلقاً كالورم العفلي . ومتى استقيمت كل هذا من النظر تستطيعون حينئذ ان تبدأوا بالـ الجس تجسسون اولاً جساً عاماً فتتحررون صفات الافة الطبيعية (physiques) : ابعادها ، وذلك بقياسها بالمترا والفرجار وحدودها الدقيقة وقوامها فاذا كانت صلبة كالعظم تكون عرنأ (exostose) او ورماً عظيماً (ostéome) واذا كانت متماسكة تكون ورماً ليفياً او كانت رخوة تكون ورماً شحمياً واذا كانت متموجة تفرعونها وترون ما اذا كانت رنانة (sonore) وما اذا كان يشعر بالموجة وما اذا كانت شفاقة (ادرة مائة) وما اذا كان الورم يرد او لا يرد وهل هو متحرك او ملتصق وهل يشعر متى جس بفرقة سطحية او عميقة عظمية او غضروفية دموية او غازية . وتتقلب الصفات الحيثة في بعض الحالات : الالام الفورية او المحدثة بحركات المريض او الجراح ، حرارة الافات الالتهابية الاخذة بالسير ، برودة طرف مصاب بالغرغرينا ، ارتفاع اليد الجلاسة متى وقع الورم على

وعاء فنقل هذا الورم نبضان ذلك الوعاء وتوسع اليد الجلاسة متى كان الورم نفسه دمويًا ومرت الموجة الدموية فيه وكذلك الشعور بالعرشة وسماع النفخة يدل دلالة واضحة على ان الورم ام الدم .

ورائحة مفرزات الناسور تدل على منشأها فتى كانت كالفنط كانت ذات علاقة بالامعاء او كانت كالبول كانت ذات علاقة بجهاز البول .

وبعد الانتهاء من الجس يلجأ الى المفصل: فيجب ان تقوم اصابعكم مقام المنقاش والمبضع وتجس الطبقات واحدة واحدة في الناحية او في الاعضاء حتى تتوصل الى معرفة الآفة . وتعين صفات النسيج حتى الآفة نفسها . فيلاحظ أولاً ما اذا كان الجلد نفسه مصاباً ؟ وما هو نوع اصابته ؟ وما هي حالة اللحمية (النسيج الخلوي تحت الجلد) وما اذا كان مرتشحاً ام لا وهل الورم تحت الصفاق او فوقه وهل هو ملتصق به وهل منشأ عضلي واذا كانت الآفة مفصلية فهل المحفظة والربط مصابة (مشدودة أو مقلعة) وفي اي حذاء وهل المحفظة متكثفة ؟ وهل انصباب في المفصل وما هي طبيعته وهل السطوح المفصلية متلفة وما هي درجة تلفها .

واذا كان احد اجزاء الطرف مرضوفاً فهل هناك كسر ؟ واذا كان الكسر خطياً وكان الجس بالابهام او السبابة لا يفي لتعيين ذلك الخط كان عليكم ان تأخذوا قلماً من الرصاص تتمكنون به من تعيين الخط كما في الرسم الشعاعي .

وبعد ان تتم معاينة القسم المريض ويعرف مقر الآفة تعين النواحي المجاورة : الخصية والجلل المنوي في جانب الفتق الاربي ومفصل الركبة متى

كانت الآفة في الحفرة المأبضية والفخذ المصابة بالتهاب العظم والنقي جميعها متى كان الناسور في اسفلها فقط وتدرس تأثيرات الآفة في الناحية : الضمور العضلي التالي للآفات المفصالية القديمة والحركات ، وتطبل البطن وانجاس الغازات في الفتح المحتق وتشوشات الهضم والتغوط في آفات انبوب الهضم وغير ذلك .
وعليكم ان تفتشوا عن تأثيرات الآفة في البعد ايضاً : عن العقد القربية والبعيدة في السمل والسرطان وعن تبدلات العمود الفقاري في العاهات الولادية وعدم تساوي الطرفين السفليين وامتداد السرطان الى الكبد والى الثدي المقابل والح . ولكي لا يفوت الفاحص شي عليه ان يعري مريضه جميعه لان نظرة عامة اليه قد تكشف فيه اشياء لم يكن قد انتبه لها . فلعله يجد على الجلد ندباً يؤيد شكلها وتلونها الشكوك التي حامت حول طبيعة الآفة الزهرية او السلية او غير ذلك .

ثم ينهي الفحص بمعاينة الاجهزة الاخرى معاينة سريعة . جهاز التنفس ، والدوران وانبوب الهضم والطحال وجهاز البول وجهاز التناسل واعضاء الحواس والجهاز العصبي : الحس والحركة والانكسارات اذا لم تكن الآفة تستدعي درسها بدقة . فتكون المعاينة قد تمت .

تكونون في ذلك الوقت قد جمعت جميع المواد اللازمة التي تؤهلكم بفضل معرفتكم للأمراض الجراحية لوضع تشخيص صريح
وهذا التشخيص يجب ان يكون تشريحياً بمعرفه مقر الآفة ، وتشريحياً مرضياً بمعرفه طبيعتها المستمدة من العلامات الطبيعية والوظيفية ، وسيياً بمعرفه الاسباب التي احدثت الآفة واثرت في سيرها ومجل هذه الامور هو

التشخيص السريري الذي يمكنكم من معرفة الانذار والخطة التي يجب اتباعها في المعالجة . وهذا يكفي في معظم الحالات غير ان الضرورة تقضي ان تثبتوا الامر بفحص جرثومي او تشريحي مرضي او بمعاينة شعاعية او رسم شعاعي متى كانت الآفة في العظم او الاحشاء لان هذا التحري من الضروريات في ايامنا الحاضرة او تحليل الدم لمعرفة زهري كامن او تقيح عميق او تحليل البول لتحري السكر والآحين او القشاعات لتحري الدم في رضوض الصدر او محتوى المعدة لتحري الدم والصفراء ومعايرة الحامض الكلوريديك فيها ومعاينة الغائط لتحري الدم او لزوال لونه غير ان المخبر يجب ان يكون مساعداً للمعلومات السريرية لا في مقدمتها وفضلاً عن ذلك فكثيراً ما يكون الطبيب بعيداً عن الامكنة المتوفرة فيها هذه المخابر فعليه ان يكون ضليعاً من معلوماته السريرية ليعوض بها عما ينقصه من التحريات المخبرية .

خطة فحص مريض في شعبة الجراحة

أ - الاستجواب : أ - هوية المريض

ب - تاريخ المرض

البدء

السبب

المعالجات السابقة

النتائج

ج - سوابق المريض : الشخصية : المرضية

المنطقة

المسكن

طراز المعيشة

الوراثية : المباشرة

البعيدة

٢ — الفحص السريري : أ — النظر مقر الآفة

تبدل الناحية (تورم ، جرح الخ)
 تبدل اجزاء الطرف (وضعته ، لونه)
 ب — — — — — الجلوس : العام بدون إقرار الآفة : الحجم أو الأبعاد
 الصفات الطبيعية الأشكال والحدود
 القوام تبدل أولاً
 التحرك
 الوضوح
 الشفوف
 الصفات الحلقية الألم
 الحرارة

النبضان ، الأصغاء
 المفرزات ، الشم

المفصل : فحص كل طبقة أو عضو في الناحية .

ج — معاينة النواحي القريبة من الناحية أو المرتبطة بها خلقياً

د — تأثير الآفة في وظائف الناحية المريضة

ه — تأثيرها بعيداً

العقد
 الاحشاء
 الحالة العامة

٣ — فحوص المخابر

انسام الاطفال بالعلاجات

للدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلن نيويورك)

لا يخفى ان العوارض السامة الناشئة من المعالجة في الاطفال كثيراً ما أدت الى إثارة المباحكات والدعاوي . واسباب انواع التسمم هذه عديدة ويجب على الطبيب الممارس ان يعرفها ويحذر مزيد الحذر مما يراه مدوناً في مجاميع الوصفات الطبية . فاذا طالع احدا مؤلفات فن المعالجة وجدها تنقص جرعات اليقظة لتصلح للاطفال ، وذلك على موجب فن الحساب . ولا جرم ان هذا الاعتقاد لا يقاوم ابداً نار الانتقاد ، اذ لا يخفى ان للاطفال الصغار افعالات خصوصية . اذاً عند اعطاء العلاج طفلاً ما يجب تنقيص الجرعة عما هو معين له عادة وخصوصاً متى كان العلاج فعالاً وذو مزية خاصة على الاطفال .

وقد أستلقت الانظار الى هذا المعنى الدكتور « بوسك » في اطروحة التي قدمها في باريس سنة ١٩٠٤ فان الرضيع لا يشقى باعطائه مستحضرات البزموت او الراتانيا او الاكسير المسكن ، بل بالحمة على الماء المقطر . نتج اذاً مما تقدم ان وصف العلاجات يختلف تماماً بين الطفل والبالغ . فهناك فروق يألفها الطبيب بالمزاولة والعادة

وقد ابان « مارفن » العوارض الناشئة من استعمال « البروموفرم » في جرعة مائية ، وذلك لان هذا العقار يرسب بسبب ثقله النوعي في اسفل الوعاء .

فالمعلقة الاخيرة تكون حاوية علي مقادير كبيرة منه . وكذا القول في استعمال العلاجات عن طريق الجلد . اذ ان هذا الاخير انعم كثيراً في الطفل منه في اليافع ، ولذا يجب مزج الجوهر اذا ما كان فعالاً بسواغٍ لا يؤدي . فقد حدث للاستاذ « هالوبو » ان شاهد عدة حوادث انسام بلسم البيرو عند استعماله في الاطفال الجربي ، ولذا فهو يوصي بعدم استعماله الا اذا كان ممزوجاً بزيت اللوز الحلو ، او ان يُستغنى عنه فيما اذا شوهده على سطح الجلد اجزاء متسعة قد اعتراها السحج .

ويختلف الفعل السمي بحسب الاطفال . « فالنفطول المكوفر » لبث مستعملاً زمناً طويلاً في الحراجات الدرنية بدون ان تنشأ منه عوارض خطيرة ولم ينتبه الى حصول حوادث مميتة من استعماله الا بعد اجاث الدكتور « كينار » فان سرعة التأثير من الادوية او قلة احتمالها تختلف اختلافاً كبيراً بين فرد وآخر ، فخذار من السهو عن هذه المسألة الهامة . ولما يداخل التشخيص ارتياب ما يقتضي التربص ومعالجة الحالة معالجة مسكنة بسيطة او بالحري يُستند اذ ذاك الى المعالجة المنطقية ، ليس لارضاء الطفل الذي لا يعي شيئاً ولكن لمسايرة اهله وذويه الذين يتطلبون علاجاً ايّاً كان بكل حاجة والحاح وتراهم ينظرون شزراً وبعين الازدراء الى الطبيب اذا هو لم يخدم افكارهم ويراعي ميولهم واهوائهم .

هذا وبعد تشخيص العلة لا يسوغ الاستنتاج تبعاً لعلمي الجبر والمقابلة اذ لا يخفى على الدارس الحصيف ان بعض العلامات أو الاعراض او التناذرات (syndromes) لا ندحة عن احترامها ، كالحمل البسيطة (اي ارتفاع درجة

الحرارة) في نشأة العلل الطفعية كالحصبة والقرمزية وما شاكلهما .
وهناك امر لا بدّ من تحذير الحديث في الممارسة منه ألا وهو ارتياعه
الى الاكثار من العلاجات في وصفاته عند ما يلاحظ حصول عدة اعراض
في العليل الصغير دفعة واحدة . فالمباهاة والتبجح هكذا بتحرير الوصفات
وتنميقها اتباعاً للموضة الشائعة ليس منها كبير فائدة ، هذا ان لم اقل انه كثيراً
ما تنشأ منها اضرار تتعذر ملافاتها وتجرّ الى الملاكمات والمحاكمات ، ومن
غريب الصدف ان الاطباء المبتدئين حديثاً بالممارسة هم الذين يكثرون من
تطريز الورقة زعماء منهم ان ذلك يساعد على توسيع شهرتهم ، وبالعكس من
ذلك فقد لاحظنا ان الاطباء المتمرنين وذوي الاختبار الواسع يكتفون
ببعض ارشادات لاهل الطفل ويحظرون عليهم الالتجاء الا لبعض طرق في
غاية البساطة مثل ربع ملعقة يكربونات الصوده اي ثاني فخمة الصوده في
نصف كوب ماء محلى بقليل من السكر ، او وصف منقوع الشعير مع قليل من
خلالة البوتاس لاستدرار البول ، وما جرى هذا المجرى .

هذا ولا ندحة لنا عن الالتباه بالاخص الى عضوين رئيسيين مهمين وهما
الكبد والكليتان . فلا يغربن عن بال المداوي الليب ان هذه الاعضاء اذمست
بضرر ما طرأ على الجسم تسمم بالعلاجات علاوة على الانسجام الناشئ من
العلة ذاتها . فيها قد ذكرنا لعلها تنفع الذكرى .

الارضاع مدة الحمل والاعتناء بالفطيم

للدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلن - نيويورك)

من المشهور والمتعارف بين القوم ان ظهور الحمل في اثناء الارضاع امر يقضي بتوقيف هذا بتاتا ونرجح ان عامة الناس لم يقتبسوا هذا التعليم الا من بعض الاطباء . فهل هؤلاء اذن الملومون ؟ كلاً فالاطباء يأمرن بكذا وكذا ، ويحظرون هذا وذلك لاسباب جوهرية معقولة ، اما سيداتنا النساء فيعمن ما يوصي به الآسي تحصيماً لبعض الاشخاص . وتكلم علة من العلل التي داهمت معظم الشعوب الشرقية وبالاخص المصريين والسوريين اينما كانوا تستشير احدى السيدات الطيبات عما اذا كان يسوغ لها المتابعة على ارضاع رضيعها الصغير وهي في بدء حملها ، فيحظر عليها ذلك لضيف مآرآه في صدرها او لاستعداد في بنيتها للتدرن . فيسمع بهذا الامر عشر من النسوة المرضعات فيجزمّن فوراً بمسك الرضاعة عن اطفالهنّ قياساً على ما سمعن من الجارة ! .

وقد قاوم هذا الوهم كثير من نطس الاطباء ولكن على غير طائل لان الوهم متى ساد بين الجنس اللطيف اكتسب درجة الحقيقة الراهنة . فليكن معلوماً انه في كثير من الحوادث لا يؤثر الحمل الجديد في صحة الرضيع . وقلما يتغير تركيب لبن المرضع في اثناء الحمل ، ذلك ما ثبتت بالابحاث والتجارب . فاذا نقص الهوتاسيوم في لبن البقرة اللاحق ازداد

الحامض الفوسفوري والجير فيه . اما مقدار اللبن فلا يبدأ بالتناقص إلا بعد الشهر الرابع او الخامس من الحمل ، وقد يتفق ان يزيد اللبن في نهاية الحمل ، ويزداد مقدار السمن فيه . اما في النساء فلا يحصل تغير في نوع الحليب . فالدكتور « كابر » راقب اثنتين وتسعين امرأة حبلن لبنن يرضعن اطفالهن ولم يلاحظ نقصاً يذكر في اللبن الا في اثنتين منهن .

فما دام اللبن على حاله في اثناء الحمل لا يخشى منه حصول عوارض رديئة المغبة علي الرضيع . وقد اورد الدكتور « بواريه » سبع وثلاثين مشاهدة استمر فيها الارضاع الى الاشهر الرابع والخامس والسادس ولم يطرأ فيها على صحة الرضع عرض ما ، بل كان وزنهم مطرد الزيادة بانتظام . وكثيراً ما يتفق ان ساكنات القرى يلبن يرضعن اطفالهن الى ان يظهر حملهن واضحاً ، فيروهن اذ ذاك في وقت واحد الدهشة من حالتهم والخوف على صحة رضيعهن .

يبدأ اللبن قد يعروه النقص وذلك يكون سبباً عظيماً في اختلال صحة الرضيع اذ ينقص وزنه ويصاب احياناً بالتهاب المعدة والمعى فيعروه الذرب والقيء . وقد يتفق احياناً ان يصاب الفطيم بمرض ما فتنقص الضرورة بارجاعه الى ثدي مرضعه ، وقد ردت هاته الواسطة كثيراً من الاطفال كادوا يتلقون لو لم يعادوا الى ثدي امهاتهم . فمن الثابت ان لبن الام سهل الهضم سريع التغذية لا تشوبه شائبة .

ومن الاعتراضات التي قدموها برهاناً على ضرر الارضاع اثناء الحمل ان الجنين في الرحم يعتل وذلك ما يكون داعياً الى الاسقاط يد ان مثل هذا

الاعتراض واه لا اساس له .

هذا ولا نكسر ان بعض الجبالى يسقطن وهن يرضعن ، على انه لا يسوغ ان يعزى ذلك الى الارضاع ، بل الى الاسباب العادية التي تقطع عادة جريان الحبل مثل علّة الزهري ، وارتكاز المشيمة ارتكازاً معيماً او وجود الآح في البول الخ. فضلاً عن ذلك فان الولدان (المولودين حديثاً) وفي الميقات القانوني كان وزنهم حين الولادة قانونياً .

إنما الشخص الذي يحل به التعب من الارضاع اثناء الحمل هو الأم المرضع اذ انها تضطر الى تقعة مزدوجة من حيث الغذاء : اي ما يلزم لتكوين جنينها من جهة ، ولتقديم ما يلزم من اللبن للرضيع من جهة ثانية فوالحالة تلك اذا لم تكن الام قوية البنية . ولم تك حاصلة على التغذية الكافية ، وكانت تسكن في محل سيئ التهوية ، يستحسن اجتنابها لمثل هذا السبب المزدوج الضرر ، والّا عد ذلك مجازفة بمخاطرها .

إنما يجب السير بالعقل والتؤدة والتأني : فاذا كان الوقت حاراً وخشي على الرضيع من الفطام فجأة لثلا يداهم اختلال وخيم العاقبة في وظيفة الهضم قد يؤدي الى الالتهاب المعدي المعوي تحتم في مثل هذه الحال الترتب الى وقت ما . فيوجه اذ ذاك النظر الى تغذية الام تغذية صالحة ، وتحسين طرق معيشتها طبقاً لقواعد حفظ الصحة ، وهكذا تستطيع اطالة الارضاع الى ما بعد انقضاء القيظ او مرور سحابة الوعكة الطارئة على صحة الرضيع . ثم يفكر في الفطام بدون كبير محذور .

واما اذا كانت صحة المرضع مهددة بمرض ما فلا يسوغ التوقف عن الفطام

اتباعاً للقاعدة المنطقية الآمرة بتقديم الأُلزم على اللازم، والأهم على المهمّ اللهم ان يُعنى بصحة الفطيم اعتناءً يُخالطه شيء من التقوى .

فلا يسوغ ان يُعطى في الايام الاولى من فطمه الا اللبن بمقادير قليلة ودُفع متعددة بعد الوقوف على مصدر اللبن ، و«بسترته» او تعقيمه بالحرارة ثم تبريده وحفظه في اوعية معقمة من الصيني او المعدن المطلي . وتركيزها في محل بارد حازر لشرائط التهوية الفنية هذا اذا لم يكن تحت اليد ملجئة لحفظ الاطعمة من الفساد .

ثم يتدرج شيئاً فشيئاً الى اخذ الامراق والاطعمة السائلة المحضرة من اللبن مع بعض المواد النشويّة « كالاروروت » وما جرى مجراه .

ويحمد في هذا الصدد كثيراً طحين نسله اللبني «farine lactée Nestlé» الشائع الاستعمال جداً اليوم. فان اختبارنا لقوائده طيلة مايقرب من الاربعين سنة يشجعنا على تقديمه على كل ما سواه ولا سيما في ايام القيظ اذ يخشى من اللبن الطبيعي ان يكون قد تطرق اليه الفساد كما مرّ بك .

ولدن ظهور اقل عرض ينبيء بتهدّد الجهاز الهضمي يتحمّ وضع الطفل على الحمية المائية ومنع الاطعمة عنه بتاتاً .

فلتعلم اذا الامهات مما تقدم ان اعطاء الملابس والقضامة وما شا كل ذلك للفطيم المحروم ثديي امه ، يعدّ امراً منافياً على خطّ مستقيم لسكل قاعدة طبية وعقلية . وكما كنا نتمرر في اثناء ممارستنا في سورية ولبنان لما كنا نرى الامهات الجاهلات يَجِدُن على المفقومين بما يورثهم التهابات معوية كانوا بغنى عنها لو ان اولئك الامهات كنَّ يَأْتَمِرُن بما كنا نوصيهن !

المؤتمر الطبي الرابع

للجمعية الطبية المصرية في بيروت
عن المجلة الطبية العلمية

عرف القراء ان الجمعية الطبية المصرية قررت عقد مؤتمرها الرابع لهذا العام في بيروت عاصمة لبنان . وقد اتخذت مكاناً له الجامعة الاميركية التي تقبلت نزول اطباء الشرق عليها بكثير من الرحابة والسرور ووضع المؤتمر تحت رعاية صاحب القنصلية رئيس الجمهورية اللبنانية ، وعهد برئاسته الى جراح مصر صاحب السعادة الدكتور علي باشا ابراهيم . ولكنه تعذر مجيئه لسبب قاهر فتولى الرئاسة بالنيابة عنه حضرة الاستاذ الكبير الدكتور سايان عزمي بك استاذ الامراض الباطنية في الجامعة المصرية وظبيب مستشفى قصر العيني

وقد افتتح المؤتمر في ١٠ تموز بعد وصول الاطباء المشتركين فيه من مصر والعراق وفلسطين وشرقي الاردن وسورية ، وقد ناهز عددهم ٢٥٠ طبيباً انضم اليهم نحو ٦٠ طبيباً من لبنان واساتذة معاهد الطب عندنا الرؤساء الفخريون : وجعل الرؤساء للمؤتمرات حضرة : مستر بايار دودج رئيس الجامعة الاميركية والاب شاتور عميد كلية الطب الفرنسية بيروت والدكتور رضا بك سعيد عميد الجامعة السورية والدكتور اسعد

عفيش رئيس جمعية الاطباء والصيداء

واسندت امانة السر العامة الى الطبيب المصري البارع الدكتور محمد خليل بك عبد الخالق استاذ علم الطفيليات بكلية الطب المصرية والقت لجنة المؤتمر التنفيذية من الدكتور وورد رئيساً والدكتور السكولونيل أشار والاستاذ الاب دي فريجيل والدكتور نجيب عرداتي والدكتور امين الجليل اعضاء والاخير ان يقومان بوظيفة السكرتيرية والقت لجان اخرى منها اللجنة العلمية ولجنة الاستقبالات والحفلات ولجنة المعرض الخ . .

وكانت اللغات العربية والفرنسية والانكليزية رسمية في المؤتمر افتتاح المؤتمر واعماله: افتتح المؤتمر في حفلة استقبال شائقة اقامتها الجامعة الاميركية يوم ١٠ الجاري بمحادثتها المورقة وحيث تعارف الاطباء واخذت رسومهم وفي الساعة الخامسة افتتح حضرة الاستاذ نمور وزير داخلية لبنان المؤتمر بالنيابة عن رئيس الجمهورية بخطبة ترحيبية في نادي (وست هول) وتلاه حضرة الاستاذ الدكتور عزمي بك رئيس المؤتمر بخطبة بليغة وتسكلم الدكتور وورد بالانكليزية مرحباً ومشيراً الى الفائدة المتوخاة من هذا المؤتمر وامثاله . ثم التى الدكتور اسعد عفيش خطبة باسم جمعية الاطباء رحب فيها بالجمعية المصرية ، وكان مسك الختام المحاضرة الشيقة التي القاها بالانكليزية الدكتور احمد بك شفيق بمناسبة ذكرى شكري باشا الطبيب المولد المشهور وحضر هذه الحفلة ايضاً حضرة الاستاذ جبران تويني وزير المعارف وحضرة الاب شاتور وحضرة محمد سري بك قنصل مصر وجمهور من

الاعيان والصحافيين واساتذة الكليات الطبية وحضرة اعضاء المؤتمر .
وقد جعل الاطباء اعضاء المؤتمر فندق جبيلي بماليه وفندق سرسق بسوق
الغرب مركزاً لاقامتهم مدة وجودهم في لبنان
اجات المؤتمر: وبدأ المؤتمر اعماله الطبية يوم السبت الواقع في ١١ تموز
وكان هذا الاجتماع مخصصاً للبحث في موضوع (الحمى التيفية وعراقيلها الطبية
والجراحية) والقيت فيه سبع محاضرات برئاسة الاستاذ الدكتور
يني قيومحان
وبحث المؤتمر في يومه الثاني في موضوع (امراض الكبد والطحال) وترأس
هذا الاجتماع بقاعة وست هول الدكتور وورد وشغل مركز السكرتيرية
الدكتور محمود فريد

والقيت في هذا الموضوع تسع محاضرات
وبحث المؤتمر في اجتماعه الثالث (١٣ تموز) في موضوع الإرجاج
« الالكليسيا » وحمى النفاس . وترأس هذا الاجتماع الدكتور دورمان استاذ
امراض النساء والولادة في الجامعة الاميركية وشغل السكرتيرية الدكتور
عبد الحليم حلمي . والقيت في هذا الموضوع اربع محاضرات
ودرس في هذا الاجتماع ايضاً موضوع التغذية برئاسة الدكتور جورج
خياط وسكرتيرية الدكتور علي حسن والتي في هذا الموضوع ثلاث محاضرات
وبحث المؤتمر في اجتماعه الرابع (١٤ تموز) في موضوع توخيد
المصطلحات الطبية في اللغة العربية وترأس هذا الاجتماع الاستاذ الدكتور
فؤاد غصن استاذ الطب الشرعي في الجامعة الاميركية . وشغل السكرتيرية

الدكتور عبد الواحد البوكيل والتي في هذا الاجتماع عدة محاضرات وكانت المناقشات فيه حادة نظراً الى مكاتته

الحفلات والرحلات: تناول اعضاء المؤتمر طعام الغداء يوم السبت (١١ تموز) في فندق بيت مري الكبير ثم قاموا برحلة الى بكفيا وظهر الشوير وزاروا مصبح ظهر الباشق ومصبح بحس .

وفي عصر ذلك النهار عادوا الى فندق بيت مري وتناولوا الشاي على مائدة الحكومة اللبنانية بحضور سماحة رئيس النواب ورئيس الوزراء والوزراء والنواب.

وخطب اديب باشا مرحباً فرد عليه الدكتور عبد الرؤوف حسن بكلمة شكر رقيقة مؤثرة ثم عاد الاطباء الى عاليه بطريق جسر الباشا للعشاء والمبيت .

وتناول المؤتمر ظهر الاحد (١٢ تموز) طعام الغداء بدعوة جمعية الاطباء بيروت في نادي القونس وقاموا بعد الظهر بنزهة الى نهر ابراهيم ثم زاروا الكورنتينا

وفي الساعة الخامسة لبوا دعوة بلدية بيروت لمأدبة الشاي الشائقة وفي يوم الاثنين بعد جلسة المؤتمر الثالثة تناول المؤتمر طعام الغداء في فندق صوفر الكبير وزاروا مستشفى هملان في الشبانية واستراحوا في شاغور حانا وفي الساعة الخامسة تناولوا الشاي على مائدة فضاة رئيس الجمهورية في حديقة قصر الرئاسة الصيفي بعاليه . وقد دعي الى هذه الحفلة جمهور من الوزراء والنواب والقناصل والاطباء من اعيان البلاد والموظفين

وفي المساء اقامت الجمعية الطبية المصرية حفلة عشاء شائعة في فندق جبيلي وتناول اعضاء المؤتمر الثلاثاء (١٤ تموز) طعام الغداء في متنزه نهر الكلب وزاروا آثار تلك المحلة وفي الساعة الخامسة والنصف عاد الاطباء الى تناول الشاي في حدائق القنصلية المصرية بدعوة سعادة محمد سري بك قنصل المملكة المصرية

وحضر هذه الحفلة جمهور غفير من رجال الحكومة وقناصل الدول وكبار المدعوين وكانت مظهر بارزاً للارمحية وسلامة الذوق وكانت هذه الحفلة خاتمة ايام المؤتمر الرسمية الاربعة .



صناعة الورق

« ٥ »

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

و - السلولوز المؤكسج .

ليس للكلور ولا للملاح تحت الكلوريت (hypochlorites) تأثير يذكر في السلولوز اذا كان في محلول ممدد وبارد . ولكن بتأثير بعض العوامل ، كأن يكون كثيفاً وبعلامسة حمض الفحم الهوائي والحرارة ، يتأكسد السلولوز (ويساعده على ذلك ايضاً حمض الكلوريدريك المتكون) ويستحيل الى ما يقال له سلولوز فيتس المؤكسج (oxycellulose de Witz) لذلك يجب في عملية قصر الورق ألا يستبق فيه أثر ولو ضئيل من الكلور كذلك حمض الكروم وفوق منغنة البوتاسيوم في البيئة القلوية والماء الأكسيجيني الذي عياره ١٥ . هذه الاجسام تؤكسد السلولوز فتجعله الى السلولوز المؤكسج ،

اذا عولج السلولوز المؤكسج بحمض الكلوريدريك على الحرارة يتكون الفورفورول (farfurool) .

هذا وان انواع النتر و سلولوز كلها اذا أرجعت بواسطة كلور الحديدي اتجبت السلولوز المؤكسج .

ولقد استحصل لئوفنيون (Léo-Vignon) السلولوز المؤكسج بتأثير حمض الكلوريدريك وكلورات البوتاسيوم في السلولوز ووضع له صيغة $(C_{24}H_{40}O_{21})$

٢ - فعل الحرارة

يتحلل السلولوز بالحرارة وتختلف المحاصيل الناتجة باختلاف درجة الحرارة وطبيعة السلولوز اذا كان من السلولوز المركب كالسلولوز الخشبي . اذا سخن الورق على حرارة قدرها $+ 210^{\circ}$ بملامسة تيار من CO_2 الجاف تلون السلولوز شيئاً فشيئاً وتكون ماء وقليل من حمض النمل (ac.formique) وفي درجة $+ 200^{\circ}$ بملامسة الماء ينطلق CO_2 ويكون بيروكاتشين (pyrocatechine) والماء يصطبغ ويمتلئ ببلويحات لماعة . وفي حرارة عليا تبقى بقية سوداء هي الفحم بعد انطلاق الهيدروجين والميثان واكسيد الفحم وحمض الفحم وتكون روح الخشب وحمض الخل والخلون والقطران والفورفورول .

والخلاصة ان السلولوز باحتراقه ينتج :

١ - غازات شتى : كالهيدروجين واكسيد الفحم وحمض الفحم والميثان

٢ - سوائل : كالماء ، والكحول الميثيلي ، وحمض الخل والفورفورول

والفحوم الهيدروجينية والفنولات

٣ - مواد قطرانية .

٤ - بقية سوداء هي الفحم .

اما مقادير هذه المواد الناتجة من تقطير السلولوز الخشبي فهي :

غازات	٢٢ . بالمائة
كحول متيلي	» ١,٢
حمض الخل	» ٣,٢٥
قطران	» ٥,٨
ماء	» ٤٢,٢٥
فحم	» ٢٥,٥

ح - التمعن

المواد النباتية ، كالمواد الحيوانية تفسد بعلامسة الهواء الرطب وتكون
اخيراً اجساماً سوداء (حمض اولميك «ac.ulmique» واولمين «ulmine»)
يتألف منها السديم اي التراب النباتي (humus) .

علي ان الحموض والقلويات اذا اثرت تأثيراً دائماً اتجت هذه الاجسام
ذاتها ايضاً .

هذا وان ذوبان السلولوز في تغذية بعض الحيوانات ينشأ من فعل
الحمائر .

ولقد ايد اومليانسكي (Omeliansky) ان هناك نوعين من الاختمار :
الاول ينطلق فيه الهدرجين . والثاني ينطلق فيه المتان . ويتبع من الاختمار
عدا ذلك حمض الفحم وحموض دسمة كحمض الخل وحمض الزبدة

السلولوز المركب . - يرى السلولوز في كثير من المواد النباتية غير
ان اكثرها لا يصلح للاستعمال أما لان السلولوز فيها ليس على حالة من
التقاوة تمكن من استعماله او لان طرق استخلاصه منها باهظة النفقات
تتعذر تطبيقها في دور الصناعة وان استخلصت كان الناتج في الحد الاصغر .
فن هذا السلولوز المستخلص من المواد النباتية ما يقرب من السلولوز

الصافي اي القطن ومنه ، وهو الاكثر ، ما يقرب من السلولوز المؤكسج
بتكوينه الفورفورول بلامسة حمض الكلوريدريك الحار ومنه ما يقرب
من الانواع الاخرى الضعيفة المقاومة للاماهة .

سلولوز القنب الهندي الحشي (ligno-cellulose du jute) . — هذا

السلولوز يشبه سلولوز القطن ويحتوي على .

٤٦ --- ٤٧ بالمائة من الفحم

٦,١ — ٥,٨ من الهيدروجين

٤٧,٩ --- ٤٧,٢ من الاكسجين

فيختلف والحالة هذه عن السلولوز الاعتيادي بعض الاختلاف فيما لجنه
بالكلور يستحصل ٧٥ — ٨٠ من السلولوز . وبطريقة البروم يستحصل
٧٦ — ٧٨ . وبجذب الآزوت الممدد يستحصل ٦٣ — ٦٥ مما يدل
على انه من السلولوز المنفعل من بعض الكواشف دون البعض الآخر .
بحسب طريقة الاستحصل .

ان محلول الانيلين في الماء يصبغ السلولوز الحشي بلون اصفر فاقع ويمتص
جيداً الاصباغ المشتقة من الفحم المعدني مما يميزه عن سلولوز القطن . واذا
عولج بملاح الكبريتيت تلون بلون قرمزي (كلون دودة القرمز)

سلولوز الحطب الحشي (ligno-cellulose du bois) . — يشبه سلولوز

القنب الهندي وهو الحد الأدنى لاستحالات السلولوز .

بعد سنة من النبت يحتوي السلولوز الحشي على ٨٠ . من السلولوز

مع ان الحطب لا يحوي منه سوى ٥٠ — ٦٠ .

ويفصل بعد ان يجعل الحطب عجينا (عجين الحطب الآلي) ويقصر (عجين الحطب الكيميائي)

ففي طريقة ميتشرليش يستعمل كبريتيت الصوديوم او الكلسيوم .
ولاجل ذلك يعالج الحطب المجزأ الى قطع بمحلول الصود الكاوي تحت
ضغط جوي قدره ٣-٥ طيلة ٢٠-٣٥ ساعة . ثم يغسل الناتج وتنزع عنه
الالياف ويقصر بـكلور الكلس .

وفي طريقة أخرى يجعل الحطب اجزاء تعالج بالصود (ثقله النوعي ١,٠٨٥)
تحت ضغط جوي قدره ٦-١٠ طيلة ٢-٦ ساعات . غير انه يتكون شيء
من حمض الحثل وحمض الحماض ايضا يمكن فصلهما بترسيبهما ببلين الكلس
ثم يقصر السلولوز .

واليك جدولاً ببعض انواع الحطب او الخشب المستعمل في صناعة الورق

نوع الخشب	الماء	الخلاصة المائبة	الراتنج	السلولوز	المواد الغريبة
السندرة	١٢,٤٨	٢,٦٥	١,١٤	٥٥,٥٢	٢٨,٣١
الزان	١٢,٥٧	٢,٤١	٠,٤١	٤٥,٢٧	٣٩,١٤
السديان	١٣,١٢	١٢,٢٠	٠,٩١	٣٩,٤٧	٣٤,٣٠
الحور الرومي	١٠,٧٠	٢,٤٨	٠,٨٧	٥٤,٦٢	٣١,٣٣
الزيزفون	١٠,١٠	٣,٥٦	٣,٩٣	٥٣,٠٩	٢٩,٣٢
الكستنا	١٢,٠٣	٥,٤١	١,١٠	٥٢,٦٤	٢٨,٨٢
انتوب	١٢,٨٧	٤,٠٥	١,٦٣	٥٣,٢٧	٢٨,١٨
الحور	١٢,١٠	٢,٨٨	١,٣٧	٦٢,٧٧	٢٠,٨٨
الصنوبر	١٣,٨٧	١,٢٦	٠,٩٧	٥٦,٩٩	٢٦,٩١
المصنّف	١١,٦٦	٢,٦٥	١,٢٣	٥٥,٧٢	٢٨,٧٤

سلولوز الجيوب الخشبي . . . المواد السلولوزية فيها سهولة الاماهة وتنتج كثيراً من الفورفورول وقليلًا من السلولوز. وسنذكر فيما سيلي الطرق الصناعية التي تستعمل في فصل السلولوز عن اللاسلولوز .

اما انواع السلولوز الاخرى كالسلولوز اللزجي المخاطي والشعبي والبشري فانها لم توف حقها من الدرس والبحث لذلك نضرب صفحا عن ذكرها .

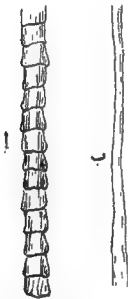
ط - حالة السلولوز الطبيعية

الاياف المختلفة التي تستعمل في صناعة الورق يميز بعضها عن بعض بالفحص المجهرى لمعرفة انواعها سيما اذا استعملت الحرق البالية . فاذا كان النسيج المطلوب خفصه ملوناً تحسن ازالة لونه بوضعه تحت باقوس مملوء بغاز الكلور ثم تنسل بضعة خيوط من السدة ومثلها من اللحمه وتفحص

تحت المجهر . واذا كان المطلوب خفصه الاياف تتبع الطريقة نفسها اي يقطع منها خيوط بطول ٣-٤ ملترات وتغمس في الكحول فالغليسيرين الممدد بالماء وتوضع على صفيحة ثم تستر بصفيحة رقيقة وتفحص تحت المجهر بعدسة مكبرة قدر ١٥٠ - ٢٠٠ مرة .

فاما الصوف فيرى بشكل حقات متراكبة

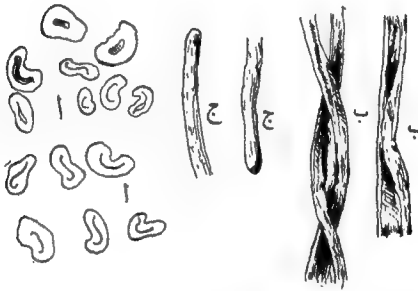
احداها فوق الاخرى بحيث تشبه حافاتها اسنان المشاة .



الشكل - ١

أ - صوف ، ب - حرير

واما الحرير فهو مؤلف من خيوط دقاق مصمتة (غير جوفاء اي ليس لها قناة في داخلها) . واما الالياف النباتية فهي جوفاء .
واما القطن الذي هو في الحالة الطبيعية بمقطع مستدير فانه بسبب انضغاطه



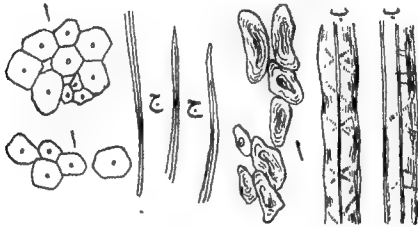
الشكل - ٢

خيوط القطن ومقاطعها

أ .. مقاطع معترضة . الاجواف المركزية مستطيلة ومحدودة . ب — الياف ملتفة قليلا كالحزون . ج — رؤوس (او نهايات) مستديرة (مغطاة : ٣٠٠)

في اثناء التجفيف يرى تحت المجهر بشكل شريط ذي نهايتين ملتويتين . اما المقطع المعترض فله اشكال مختلفة . وقد يكون المشاء رقيقاً جداً جداً بحيث تلتبس القناة الداخلية بالحيط العام .

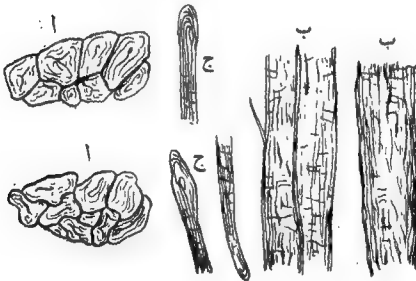
أما الألياف العكّتان فهي منتظمة وذات قناة خيطية الشكل في الغالب



الشكل - ٣

الألياف العكّتان

أ - مقاطع معترضة للساق. ب - مقاطع مستعرضة للعنق ب - الألياف الساق (طولانية). ج - نهايات الألياف دقيقة مستطيلة كالابر (مقطعة بنسبة : ٣٠٠)



الشكل - ٤

ألياف القنب

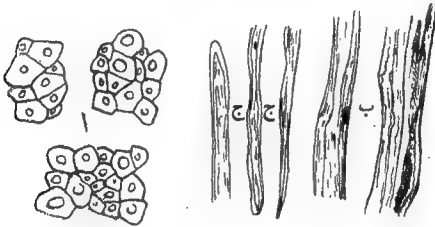
أ - مقاطع معترضة. ب ب - الألياف طولانية. ج ج - نهايات الألياف وهي منبسطة على وجه عام (مقطعة : ٣٠٠)

على أن الألياف القنب ليست منتظمة بل لها سطح ذو أخاديد طولانية

ومعترضة وتقتلع منه ليفات ما هي الاسطوح التكاثف الخارجية . اما مقطعا المعترض فهو كثير الزوايا وغير منتظم وذو فتحة مركزية خطية لها شعبة او شعب .

اما اليف الكتان فلها مقطع كثير الزوايا ذو اضلاع قائمة وذات زوايا حادة قليلاً او كثيراً . وفي المركز تشاهد نقطة صفراء تدل على القناة المركزية .

ان نهايات اليف الكتان حادة مع ان نهايات اليف القنب تكون على الغالب واسعة منبسطة تنتهي بشكل ملوق (spatule) .
اما اليف القنب الهندي فهي اقل طولاً من اليف الكتان والقنب



الشكل - ٥

الياف القنب الهندي

- مقاطع معترضة تبدو فيها الأجزاء المركزية كبيرة وذات محيط مدور ، ب - اليف طولانية ، الجوف المركزي فيها ظاهر بوضوح تام . ج - نهايات غير منتظمة (مقطعة ٣٠٠)

الاعتيادي وغير منتظمة الحافات والقناة المركزية . ولها رأس مدور .

اما الياف الحلقية (Alfa) فهي مغزلية الشكل ذات رأس مثلم ومقطع كثير الزوايا وغشاء ثخين جداً كثيراً ما تتعسر معه رؤية القناة الداخلية .

على ان الفحص المجهرى يحتاج الى تمرين وملكة ولا بد من اشراكه ببعض الكواشف كالiodine وحمض الكبريت ليكون الفحص تاماً . وكيفية العمل هي : ان يغمس الليف في محلول يود البوتاسيوم المشبع بالiodine ثم في مزيج مؤلف من جزئين من حمض الكبريت وجزء واحد من مزيج الماء والغليسرين .

فاذا غمس الكتان على مقطعه المعترض بدا لون اصفر في مركز الاليف وقد يكون حولها احياناً محيط ضارب الى الصفرة قليلاً .

واذا غمس القنب على مقطعه المعترض شوهد محيط اصفر فلون ضارب الى الخضرة ويكون اللون ازرق صافياً في المركز .

اما اذا شوهد في المقطع المعترض نواح صفراء واخرى زرقاء ومحيط اصفر فهو الحلقة .

واللون الاصفر مع ملاح النيلين دليل على وجود السلولوز الخشبي لذلك تعرف الياف الخشب بسهولة تامة بهذا التلوين .

واليك جدولاً يفيد في التمييز بين انواع النسيج النباتية :

فوكسين نشايري	كبريتات النيان	كلور الكوبلت اليودي	كلور اثوثايم اليودي	بود مع حمض الكبريت	
—	—	وردي بنفسجي	ازرق	ازرق	القطن
وردي ضئيل	لا يتبدل في اللون	—	ازرق او بنفسجي	ازرق	الصكتان
احمر فاه على السطح	اصفر فاه على السطح	وردي الى الحمرة مع بقع صفراء على السطح	ازرق بنفسجي	ازرق الى الحضرة	القنب
—	اصفر ليموني	اصفر	اصفر	اصفر فاقع	القنب الهندي
—	لا يحدث لون مع الحلفة الاميركية اليضاء اما مع الانواع الآخري فيبدلون اصفر	وردي	ازرق أو بنفسجي	ازرق	الحلفة الاميركية (ramie)
—	—	وردي	---	احمر كالصدا	الحلفة
—	—	وردي	—	ازرق	الثوت (النوع الحاص لصنع الورق)
—	—	---	—	اصفر	القنب الاميركي (phormium)

تحليل النسيج والالياف تحليلًا كيميائيًا

التفاعلات الآتية تفيد في تشخيص انواع النسيج والالياف :

- ١ - اذا حرقت بعض الالياف والنسيج الحيوانية (كالحرير والصوف) تستفحم نهايتها مع انتفاخ ضئيل كما يشاهد ذلك في اثناء احتراق الشعر والوبر

٢ - اذا عولجت الالياف الحيوانية بحمض الآزوت الحار او بحمض المر تصطبغ بلون اصفر

٣ - الحرير يذوب في محلول كلور التوتياء وفي مزيج مؤلف من اجزاء متساوية من حمض الكبريت وحمض الآزوت

٤ - القطن يذوب بالبرودة في حمض الكبريت الكثيف . واذا كان القطن منسوجاً فيجب الانتباه الى ازالة ما عليه من المواد .

٥ - اذا غمس نسيج ايض ومجفف من القطن ، في زيت الزيتون او زيت اللفت البري ثم عصر بشدة لدفع زيادة الدسم لبث كامداً (ممتاً) . اما الكتان فيتنفخ ويصبح شفافاً .

٦ - اذا غمس القطن في محلول الفوكسين الكحولي يصطبغ بلون احمر خفيف . اما الكتان فيصطبغ بلون بنفسجي .

٧ - اذا غمس الكتان الحام في محلول احمر النيلين الكحولي يصطبغ بلون وردي خفيف . اما خيوط القطن فانها تعود يضاء بعد غسلها ومعالجتها بروح النشادر الخفيف (NH_3) .

٨ - ان مزيج اليود وحمض الكبريت يفيد في تمييز القطن عن الكتان

٩ - القنب الهندي يعرف بسهولة في نسيج خام باصطباغه باللون الاصفر اذا عولج بكبريتات او بكلور ماء النيلين . اما النسيج المنسول فيغمس اولاً في محلول كلور الكلس (chlorure de chaux) ثم في حمض الكاوريديريك ثم يغسل وتوضع على خيط منه قطرة من روح النشادر فيبدو لون احمر بنفسجي لا يلبث ان يزول .

هذا وان السكواشف التي سنذكرها ان شاء الله في الكلام على تحليل عجين الورق الآلي لا تخلو ايضاً من فائدة في تشخيص القنب الهندي عن سواه ١٠ - اما القنب الاميركي فيبيدي التفاعلات الآتفة الذكر ويصطبغ بلون احمر بمحض الآزوت المدخن (فيه انخرة نارنجية) لا يرول بالفسل ، وبمحض الكلوريدريك في حرارة + ٤٠° يصطبغ بلون احمر فاسمر فاسود .

اما الكتان والقنب الاعتيادي فلا يصطبغان بلون ما ١١ - القطن يذوب في مائع شوايتسير وفي اثناء هذا الانحلال يأخذ الحيط شكل المسبحة لانسكماش الغشاوة الرقيقة الموجودة على سطحه . اما الكتان فيذوب في هذا المائع بمض الذوبان . اما الالياف النباتية الاخرى فلا تذوب لعدم نقاوة السلولوز الذي تحتوي عليه .

هذه الاوصاف كلها لا تفيد الا في فحص الحرق لانه لا يستعمل في صناعة الورق الياف نباتية صافية مباشرة لصنع الورق والا كانت النفقات باهظة واسعار الورق غالية (الا في بعض انواع الورق الجيد الخاص) .
المواد الابتدائية الاخرى

هذا وهناك كثير من المواد السلولوزية التي تستعمل في مصانع الورق كالتبن والحشب والسرخس (fougères) وعرقوب الجبل (chardons) (السيلين) والرتم (genêts) والقصب والمكس ولكن لم تجن منها قوائد كبرى . (للبحث صلة)

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في تشرين الثاني سنة ١٩٣١ م الموافق لجمادى الثانية سنة ١٣٥٠

داء المتحولات «Amibiase»

تمهيد

للدكتور ترابو استاذ السرريات الباطنة في معهد الطب بدمشق
ترجها الدكتور شوكت موفق الشطي

لا يخفى ما لداء المتحولات «amibiase» من الصولة في بلادنا السورية وما له من الاشكال العديدة المتنوعة التي تعيد التشخيص غامضاً والطبيب الداوي مرتبكاً فلا عجب اذا نشطت نخبة من اطبائنا الكرام الى درس هذه الاشكال النادرة ونشر خلاصة تقصيائهم فيها تنويراً لاذهان الممارسين ويعود الفضل الكبير في هذه الحركة العلمية المباركة الى زميلنا النشط الدكتور ترابو استاذ السرريات الباطنة في معهدنا الطبي فهو الذي ألح بكتاباته المتواصلة على زملائه من وطنين واجانب في سورية ولبنان وفلسطين وحملهم على تدوين معلوماتهم الثمينة ومشاهداتهم النادرة

عن هذا الداء المنتشر وارسالها اليه ثم اضاف اليها مشاهداته الخاصة وارهائه الصائبة وجمعها في جزء خاص نشر في « مجلة الطب والصحة لامراض البلاد الحارة » الفرنسية ولما كان معظم الابحاث قد استقي من بلادنا العربية وكان يهمننا الاطلاع على ما يقال عن هذا الداء الويل رأينا ان نخصص هذا الجزء من مجلتنا بنشر هذه الابحاث بعد نقلها الى اللغة العربية راجين ان يكون منها لقراءنا الكرام الفائدة العظمى
رئيس الانشاء

هذه الرسالة هي الثالثة من نوعها وقد سبق لنا ان نشرنا جزئين خاصين ببدء المتحولات الاول في سياق حزيران وتموز من السنة ١٩٢٨ في مجلة امراض البلاد الحارة والثاني السنة ١٩٢٩ في مجلة الطب والصحة لامراض البلاد الحارة . فلا عجب اذا تابعنا ابحاثنا عن داء المتحولات وجلنا في هذا الموضوع نفسه جولة ثالثة لان لداء المتحولات والبرداء الشأن العظيم بين امراض الشرق الادنى ولاننا نكاد نرى في كل يوم شكلاً ندعوه جديداً مع انه موجود منذ القدم غير اننا كنا نجهله

وقد خص الدكتور هيلال يوفه (Hillel Yofé) من حيفا داء المتحولات بدرس وافر واستقصاء دقيق وهو طبيب ماهر مارس الطب في فلسطين منذ ثلاثين سنة فاذا بحث في هذا الموضوع كان بحثه جديراً بكل اهتمام . وقد لاحظنا ان اختباراتنا في سورية المشابهة بامورها الصحية اتم المشابهة لفلسطين مطابقة لاختباراته . وبدا لنا كما بدا له ان الزحار العصوي (dysentérie bacillaire) نادر بالنسبة الى الزحار المتحولي (dysentérie ami)

(bienne) مع ان الزحار العصوي آخذ بالانتشار على اثر هجرة النريين للشرق ولا سيما الهجرة الصهيونية وان الزحار العصوي خطر في هذه البلاد وان عدد خراجات الكبد قد نقص كثيراً لان داء المتحولات الحفي قد افترض امره ولائ المعالجة النوعية الشديدة قد وجهت اليه . وقد جربنا الادوية المستعملة في معالجة الزحار واختبرنا معظمها دون ان ننظر الى مصدره فتحققنا ان الامتين افضل علاج في الحالات الحادة وان التربرسول (tréparsol) انجمها في الحالات المزمنة . واذا كان الامتين والتربرسول بعض المحاذير التي ذكرها زميلنا وهو محق في ذكرها كان علينا ان نجتنب وقوعها بدون ان نفكر في نذ هذين العلاجين اللذين يفيدان فائدة غريبة تقرب من السحر .

واورد زميلنا في المعهد الدمشقي الاستاذ مرشد خاطر ثلاث مشاهدات جديدة عن التهاب الزائدة المتحولي الموهم (pseudo-appendicite amibienne) يجدر بالممارسين في الشرق ان يطلعوا على امثالها آتية بعد اخرى ثلثا يدفعوا مرضاهم الى توسطات جراحية لا فائدة منها وقد لا تخلو من خطر في بعض الاحيان . وبحث صديقنا الحكيمان سوليه وجينسته من المستشفى العسكري في التهاب الاعور المتحولي (typhlite amibienne) . وقد سبق لسلفهما الدكتور ميشل ان نبه الى هذا الموضوع الجلل محذراً الجراحين من البضع في مثل هذه الحالات . صادف سوليه وجينسته في مرضاهما ما كان قد اوضحه ميشل في بحثه فاستفادا من تعاليمه وعالجا مرضاهما بالادوية النوعية فشفيهم وقد نشرنا بحثاً عديدة عن داء المتحولات التيبي الشكل وعن الاضطرابات

المعدية المعوية في الاشكال المزمنة . ويجدر بنا ألا نهمل الاضطرابات العصبية الانعكاسية كالتأذر الحوري (syndrome de neurasthénic) والحصر (angoisse) فالخور والحصر يرافقان جميع امراض المعدة والامعاء ايأ كان سببها فكيف يشذّ داء المتحولات عن هذه القاعدة وهو مرض يؤذي الامعاء ويزمن ويمضي المعالجة في بعض الاحيان . ولكن اذا كان تعليل هذه التشوشات العصبية سهلاً فلن الحادثات التي ذكرها اسعد الحكيم لا تخلو من الغرابة فقد بين هذا الزميل ان الزحار يحدث نوب خناق الصدر الموهم (crises pseudo-angineuses) واسراً (rétention d'urine) انعكاسياً وارتباكاً عقلياً (confusion mentale) كالتشوش الناشئ من الامراض الاتانية والناجم من السموم المنتشرة وما ذلك الا لأن للمتحولات سموماً كسموم الجراثيم الاتانية .

وهذا الامر عظيم الشأن لان الحادثات فيه تشابه الحادثات التي قد تقع في ديدان المعى . وتستطيع الحلم (protozoaires) ان تحدث اضطرابات سحائية وحالات روحية كالديدان . لان الحلم تعمل عملها عن بعد بدون ان تغادر مقرها فتتشر مفرزاتها الحلوية في امكنة بعيدة لا تنكر ان رأينا هذا سريري لم تدعمه الخبر بعد ولكن أيجوز لنا ان نقف امام مرضانا مكتوفي الايدي اذا لم يستطع الخبر ان يضيء سيلنا . وقد تكون الكلمة الاولى للسرييات في كثير من الاحيان مثال ذلك اذا كانت في نجومز حور المتحولات وغلفها (kysotes) واصيب بالتهاب المرارة المتقيح ودعمت الصورة الشعاعية هذا الالتهاب وكثر عدد الكريات البيض في دمه ولا سيما

الكثيرات النوى فعولج بالامتين وشفي الزحار والتهاب المرارة فهل بعد ذلك من شك في ان التهاب المرارة متحولي ولو لم تبد المتحولات في اعضاء (paroïs) المرارة ؟ لا لعمرى ان البرهان السريري كاف ويحقق لنا ان شئنا انفسنا لاننا انقذنا مريضنا من استئصال مرارته . وقد كشفت المتحولات في اعضاء مرأر استوصلت خطأ ظناً بان التهابها رملي فاثبت الفحص انه كان متحولياً واذا قيل ان للامتين تأثيراً نافعاً في التقيحات ايأ كان سببها اجناً ان الامتين لا يقوى على شفاء تقيح المرارة متى كان السبب رملياً . وبُحث شتريو (Chantriot) عن الاسهالات اللامبية (diarrhées lamblennes) وعراقيلها المرارية كبر الشأن وقد اثبتت بحاثه تقصيات كادغرونه ومورنه ولا به وغيرهم في فرنسا والابحاث الالمانية والاميركية . وانا ننسب الى داء المتحولات الاضطرابات السحائية والتشوش العقلي في مزحور كشفت المتحولات او غلقها في نجومه وكان سائله النخاعي الشوكي عقياً وتركيبه الخلوي والكيمائي طبيعيين وفعل الامتين في هذه الاعراض فعل السحر يمزوغ . دوره مثلنا امثال هذه المشاهدات الى داء المتحولات ويناهض تمنعت علماء المخابر وعنادهم الذين يعملون وهم في عزلة عن المرضى ويرى ان انكار الحراج الرثوي المتحولي نوع من المكابرة ولا سيما متى كانت سوابق المريض تدل على اصابته بالزحار وقد شفي خراجه بالعلاج النوعي . اجل ان اسباب الحراجات الرثوية كثيرة واذا كان يرى البعض ان عدد جميع الحراجات الرثوية التي تشفى بالامتين زحارية، نوعٌ من المجازفة فان المنطق يحوّلنا ان ننسب خراجات قاعدة الرئة اليمنى الى داء المتحولات ولا سيما

في اشخاص قطنوا بلاداً موبوءة بالزحار واصيبوا به وعولجوا بالامتين والزرنىخ فقالوا الشفاء وزالت الغلف من نفوسهم .

ان في رأي بروله (Brulé) القائل بجرائم محدثة للخراجات الرئوية وخاضعة لفعل الامتين ما فيه من الحقيقة غير ان هذا الرأي لا ينطبق على خراجات رئوية ثبت سريراً ومخبرياً ان التحولات سببها . ومهما يكن فان شفاء الخراجات الرئوية الزحارية بالامتين اوحى الى الاطباء فكرة استعمال الامتين في معالجة الخراجات الرئوية ايّاً كان سببها واظهر فائدته العجيبة فيها . ان السريريات تلقي على المخبر مسائل غامضة فعليه ان يسعى الى حل غموضها وقولنا هذا ليس من باب الفرضيات لان عدداً من المرضى مدينون للسريريات بحياتهم ولان الطب والسريريات وجد قبل عهد باستور



الزحار المتحولي في فلسطين

La dysentérie amibienne en Palestine

للدكتور هـ : يوفه من حيفا

ترجها الدكتور شوكت موفق الشطي
بمض التصرف

الزحار في فلسطين قرأة (endémique) يخف في بعض الفصول (ولاسيما في الشتاء) غير انه لا ينقطع تمام الانقطاع وأهم قضية فيه هي تميز نوعه المتحولي عن المعصوي . وما كنا لنعير هذه المسألة اهتماماً لو لم يذكر بعض الباحثين ان الزحار المتحولي نادر وان النوع المعصوي اشد منه تفشيًا . وقد تأصل هذا الاعتقاد في عقول البعض حتى انهم اخذوا يرمون استقصاءات غيرهم بسهام من النقد ويشكون في نتائج فحوص سواهم ويضربون في احصاءات مناهضهم القائلين بانتشار الزحار المتحولي اكثر من المعصوي عرض الحائط . وهناك سبب لهذا الجدل وهو ان بعض المخابر تكفي بحري المتحولات «amibes» مهلة تحري عصيات الزحار مع ان الاتان المختلط ليس نادراً . وقد تنبته الافكار الى هذا الامر فاخذوا بالبحث عن العاميين وعرفوا اخيراً ان الاتانات المختلطة موجودة ولو كانت قليلة ويدعي القائلون بتغلب الزحار المعصوي في فلسطين وفي مقدمتهم

الدكتور كليغلر (Kliegl) ومعاونوه الموظفون في مخابر الحكومة ان ليس
لناهمضهم خبرة كافية في الابحاث المخبرية وان المتحولات التي لا تتحرك
بارجلها الكاذبة لا تؤذي مع انه ما من يجهل سرعة تلف المتحولات وضياع
حركتها . وما غاية هذا العمل الا ترجيح كفة القائلين بانتشار النوع
المصوي اتنا نجاربهم في ضرورة فحص الغائط الملقى حديثاً غير اتنا لانستطيع
مجاراتهم في عدد الحالات التي تبدو فيها متحولات في الغائط تقطيعها
(morphologie) مشابه لشمائل (caractères) متحولات الزحار ، حالات
غير زحارية لان المتحولات فيها قد فقدت حركتها . ان هذا الزعم لعمرى
معناه الاعتقاد الاعمى بقضية بدون تمحيصها

وفضلاً عن ذلك أليس في تحري المصيات كما يجريه بعضهم ما فيه من
الشطط وافساد النتائج . فان التلازن الذي يجرونه لمعرفة ما اذا كانت المصيات
من نوع شيفاكروز او فلاكسنر اوسواهما يستعملون فيه المصول المستحضرة
من ذرار بلدية وهذا امر طبيعي غير انه يوثر في النتائج ويفسدها لان
المزارع المستحضرة من المواد الغائطة والتي لا تتلازن بالمصول القياسية
الاورية وتتلازن بالمصول المستحضرة من ذرار بلدية كثيرة جداً ويحصى
هذه الحوادث في القائمة اللاحقة

وعدا هذا كله فان للسرييات شأنها في الفصل بين الزحارين أجل قد
يظهر الزحار التحولي بمظهر الزحار المصوي والمكس ممكناً ايضاً
ولكن الالتباس يزول متى جاء الزحار وافدات وبدأت حوادث عديدة منه
وكانت الصفات السيرية دالة على الشدة . ومعظم الحوادث التي تراها في

فلسطين تبدأ خلسةً ولا تعلق بها الحرارة وإذا علت كانت قصيرة المدة وتجهز إلى النكس يد أن أكثر الحوادث السريعة السير المسممة للدم التي يدل سيرها على كونها عصوية قليلة. ولا يغرب عن البنا نتائج المداواة النوعية بالأمين فإن أكثر الأطباء يستعملون هذا العلاج متى كان جواب المخبر إيجابياً. والبعض الآخر يستعملونه غير منتظرين جواب المخبر الذي قد يكون معاكساً للحالة السريرية ولهذا المعالجة النوعية شأنها في التمييز بين الزحارين وإذا نحن عولنا على الممارسين في فلسطين وما كتبوه عن الزحار عرفنا رأيهم عن كلا الزحارين فقد أصدر الدكتور غورفيتس (Gurevitis) مقاله عن الزحار المتحولي في طبريا بهذه الكلمات «الزحار المتحولي مرض بلدي وعدد المصابين به كبير جداً».

وذكر الحكيم أ. برون أربع حوادث شوهدت فيها التحولات ولم تفد المعالجة النوعية ولما كان السير السريري يدل على منشأها العصوي استعمل المداواة بالمصل فتحسن حالة واحد منهم وبدأ بعض التحسن في اثنين ولم يستفد رابعهم البتة وهو يعتقد أن حوادث الزحار العصوي ليست نادرة وأنها شديدة الخطر وقال الدكتور بار (Peler) إن التباين الواقع في إحصاءات المخبر عن الزحارين العصوي والمتحولي ناجم من طريقة الاستقصاء في كل منها.

ونحن نعتقد أن أكثر حوادث الزحار متحولية وإن الزحار العصوي موجود وإن بعض اليء تبلغ في كثرة الزحار العصوي وإن الأمر يقضي باتخاذ طريقة واحدة في البحث عن العاملين المرضيين وعن تصنيف الإحصاءات

لأن هذا التناقض افسد الاحصاءات وأزال ثقة الاطباء في الفحوص المخبرية وجعلهم يجنبوها .

والزحار المتحولي نادر في الرضع الذين لم يبلغوا ستة اشهر واهم عرقله خراج الكبد وقد اصبح اليوم نادراً لشيوع الامتين في المعالجة وشفاء الخراج به كما يتبين من المشاهدين التاليين

الاول : السيدة أ. — . عمرها اربع وعشرون سنة اعترتها حمى بعد الوضع باربعة اسابيع وعرواء وضف وبلغ نبضها ١٢٠ — ١٢٦ ، مع قيء نادر . لونها يرقاني خفيف ظن في بادئ الامر ان مرضها حمى نفاسية فوصفت لها المعالجة اللازمة فلم تشف . ثم استشير في امرها اربعة اطباء فشاهدوا الكبد ضخمة تجاوز حافة الاضلاع اربع اصابع وانها مؤلمة اذا ضغطت . وتدل سوابق المريضة على احابتها بالزحار منذ ٦ ٧ اشهر حققت من الامتين بشرة ستفرامات في اليوم خمسة ايام متوالية فتحسن حالتها وتم شفاؤها في الاسبوع السادس .

الثانية : أن ... اخذها نافض متكرر فحمت راقصة تبلغ الاربعين احياناً وحالة تيفية وكان المراق الايمن مؤلماً والكبد ضخمة يشعر فيها بتعوج وسبق ان اصببت المريضة منذ عشرة اشهر بزحار وهذا ما جعل تشخيص الخراج الكبدي سهلاً . استشير احد الجراحين بالامر فاوصى بالبضع السريع فرفضت المريضة التوسط الجراحي رفضاً باتاً فموجلت بالامتين وتم شفاؤها في شهرين وعادت الكبد طبيعية وازداد وزن المريضة وتحسنت صحتها وامثال هذه المشاهدات كثيرة وقد شاهد منها أكثر الزملاء عدداً ليس بالقليل

واذا قارنا بين الوفيات بخراجات الكبد منذ ٢٠ - ٣٠ سنة والوفيات به في السنوات الاخيرة اكبرنا فعل الأمتين وأدر كنا درجة تأثيره في انقاذ الكثيرين من مخالب الموت . ولو ان استعمال هذا العلاج في خراجات الكبد كان معروفاً منذ القدم لكان انقذ الكثيرين الذين قضوا نحبتهم بهذه العرقله . ولا بد لنا من ان نأتي على مساويء الأمتين كما اثبتنا

فضائله . تقسم محاذيره اربع زمر

أ . عدم تحمل العلاج : وقلما يقع بعد الحقنة الاولى يبدو باقية وعرق وتقطع النبض ووهن عام . وتسكفح هذه العوارض بالالتجاء الى الحمية المائية ونبد الامتين والحقن بالكافور والمصول الاصطناعية . ويستعاض عنه حينئذ باليتزان او الستوفر سول او اللاكتوباسيلين (lactobacilline) وحده او مع الكساروفورم والبزموت

ب . عوارض اشد خطراً : هك (asthénie) ضعف النبض ، بلادة (apathie) ذرب (selles nombreuses) مخاطي قليل الغزارة ، انخفاض الحرارة وهط (collapsus) في بعض الاحيان . وتقع هذه العوارض اثر استعمال مقادير كبيرة في المرة الاولى او بعد عدة حقن من جراء تراكم العلاج . وقد شاهدت هذه العوارض ولا سيما في الاطفال على اثر إعطائهم مقادير كبيرة بالنسبة الى سنهم . وتسكفح هذه العوارض ايضاً بترك العلاج واستعمال مقويات القلب ومنبهاته لا تقاذ المريض من مخالب الموت .

ج . حالات تتجم من الجيلة (idiosyncrasic) وتقع اثر استعمال مقادير متوسطة فيأخذ الطفل الوهط ويصبح نبضه خيطياً وتزول تفاعلاته الحيوية فيموت في ٢٤ - ٣٦ ساعة . وهذه الحوادث نادرة جداً .

الوقاية والمعالجة

يستنتج من ذلك وجوب استعمال الامتين بكل حذر واجتناب وصفه قبل السنة والنصف من العمر . ان اخبار دائرة الصحة في فلسطين عن حادثات الزحار المتحولي اجباري ولكن يندر ان يقوم الزملاء بذلك لان عائلة

المريض ترجو من الطبيب التكرم وتساء منه اذا أفشى امر مرضاها وما ذلك
الا لسوء معاملة المستخدمين الصغار في دائرة الصحة
ان عدوى الزحار المتحولي الحاد متى كانت المتحولات سببه نادرة لان هذه
الطفيليات تموت من دون ادنى توسط .

اما الغلف (kystes) فهي الجناة في انتشار المرض وتنتقل قصداً
بالملاسة واعتافاً بالماء والحضر وغيرها .

فتحدث المرض متى وجدت شروطاً ملائمة . اتنا شاهدنا كثيراً من
المصابين كانت تعثرهم من آن الى آخر هجمات حادة وكشفت الغلف في نجوهم
كما اتنا لاحظنا كثيراً من حملة الغلف لم يعترهم اقل عرض دال على اصابهم
السابقة بالداء . وكثيراً ما يصاب عدد من سكان البيت في آن واحد لان
العدوى واحدة فيهم وقد شاهدت يتأ وقعت فيه اربع حادثات في ثلاث
عائلات سكنوا هذا البيت مدة ١٠ - ١١ شهراً . وكانت العيل الثلاث
مهذبة خيرة بالقواعد الصحية

وصفوة القول ان الواجب يقضي علينا باجتنا ب ملاسة نجو المريض
قصداً واعتافاً وتطهير اليدين وتعقيم الثياب ومراقبة المراحيض ومنع الاطفال
من دخول غرفة المرضى وعلى الحكومة الالتجاء الى وسائل الوقاية العامة
كجر المياه النقية للشرب في قنوات نظيفة او اخذها من آبار عميقة والسهر
على منشأ الحضر التي تؤكل غضة .

ويجب ان ننبه لا يدي الاطفال الرضع ولنوع غذائهم وتعقيم حوائجهم
المعرضة للملاسة الغذاء ووضع الحضر مدة ثلاث ثوانٍ في الماء الغالي

الادوية : هي الأمتين والستوفر سول (سيروسيد) وظهر لنا ان فائدة الستوفر سول تفوق اليتران . وقد افاد الستوفر سول في الحالات المزمنة فائدة عظيمة . ويجب الانتباه في وصف الستوفر سول لان هذا العلاج غني بالزرنينخ وكثيرا ما ينجم منه نفاط قرمزي الشكل يلبس بالقرمزية ولا سيما متى رافقه خناق وحمى فلا تميز احدى الحالتين عن الاخرى الا بالتوسف (esquamation) والتوسف دليل على القرمزية . ويحمل الاطفال البالغون من العمر ستة ونصف السنة الى سنتين مقادير تختلف من ٠.١٥ - ٠.٢٥ يوميا

وقد اعتدت في معالجة الزحار الحاد ان ابدأ بتجريم المريض زيت الخروع المستحلب مع قليل من الافيون (الا في الرضع) وان اجمعهم ٢٤ - ٣٦ ساعة على الحمية المائية فماء الارز فماء البسكوت فالماء الآخني فالخليب الممزوج بالنشا . والاكتوباسيلين ، هذا العلاج المضاد للتعفن مساعد عظيم في مداواة المرض المذكور

وقد افاد الكساروفورم وحده او ممزوجا بالبرموت فائدة عظيمة ولا سيما في آخر الدور الحاد . واستعملت الكحول داخلاً وحقت بالمصل الاصطناعي متى وجدت لزوما لذلك . والحقن الشرجية بمحاليل اليتران نافعة ايضا واستعملت في الحالات المزمنة عدا الادوية الداخلية والامتين حقنا شرجية بمحاليل الريفانول فبدت نافعة ، واستعملت لحم الحروف النيء في مداواة الزحارين الخفيف الحدة والمزمن وفي آخر ادوار الزحار الحاد في الاطفال

التهاب الزائدة الموهم المتحولي المنشأ

Pseudo-appendicite d'origine amibienne

للدكتور مرشد. خاطر استاذ الامراض والسرييات الجراحية

لا نرى حاجة الى ذكر التهاب الزائدة الحقيقي المتحولي المنشأ ونشريات كرتوليس وولاي وموسغراف ولافوف وماير وميشو وبولس بآريديس ومدام بانايوتو في هذا الباب اشهر من ان تذكر .

غير اننا نرى عدا التهاب الزائدة الحقيقي الذي تحدث المتحولات فيه في الذيل الدودي نفسه آفات متفاوتة الدرجات منذ التهاب الغشاء المخاطي حتى تنخر اعضاء (parois) الذيل جميعها قلنا اننا نرى عدا التهاب الزائدة الحقيقي تنذر (syndrome) التهاب الزائدة الموهم الذي تستقر به المتحولات في الاعور ممثلة مشهداً سريريا شديداً بمشهد التهاب الزائدة الحقيقي . ويقاد استقرار المتحولات في الاعور نوعي التهاب الزائدة الحاد والمزمن كما ثبتت المشاهدات الثلاث التي نوردها :

المشاهدة الاولى : عقلية ع . عمرها ٥٥ سنة كانت تعترها عوارض معوية فتنتابها احياناً اسهالات واخرى قبض مع غثيان وقولنجات ولم يكن في غائطها مخاط ولا دم اصابتها في ٢٠ حزيران سنة ١٩٢٩ آلام بطن شديدة وابقاء وحصر مع نوافض وبلغت حرارتها ٤٠,٥ فعدينا الى معابتها وهي في هذه الحالة فرأينا ان آلام البطر مستقرة في الحفرة

الحرقية اليمنى وان الجلس الخفيف ينهبها وان في جدار البطن دفاعاً عضلياً وانخفاً وعرفنا من الاستجواب ان المريضة كانت مصابة بإسهال وزحير منذ ثلاثة ايام . وقد تحققتنا بالمس الهلجي ان الاعضاء التناسلية سايمة والرتوج حرة . وكانت الكبد ضخمة مؤلمة تجاوز حافة الاضلاع قيراطين . ففكرنا حينئذ في حالة زحار مستقر في الاعور مع تناذر التهاب الزائدة . فوضنا الثاج على بطن المريضة وحميناها حية مطلقة منتظرين نتيجة فحص الغائط واذا به يبدي عدداً عديداً من المتحولات وغلقها فحقنا وريد المريضة بستة سنتغرامات امين ففرقت المريضة بعد ست ساعات عرفاً غزيراً وسقطت الحرارة الى ٣٦,٧ وزالت الاقياء والزحير وخف ألم البطن فاكلنا استمال الامتين تحت الجلد عشرة سنتغرامات في اليوم خمسة ايام متوالية واتبناه بمعالجة متقطعة بالترسول ستة اسابيع فشفيت المريضة شفاءً تاماً وقالت لنا انها لم تر نفسها يوماً متمتعاً بالصحة التي تتمتع بها الآن بعد انهاء المعالجة .



الشاهدة الثانية : الولد ب . تليذ في يروت عمره ١٤ سنة اعتراه اثر الطعام ألم عميق في رجا الزائدة مع اسهال وزحير وعات حرارته الى ٣٧,٤ ونبضه الى ٩٠ فاستدعي لمعايته احد الزملاء البيروتين فشخص التهاب الزائدة واثار اجراء العملية الجراحية غير ان رئيس المدرسة اطلع الاب على حالة ولده قبل ان يبعث به الى المستشفى فهرول الاب مسرعاً الى يروت فرأى ان حالة ابنه قد تحسنت فعاد به الى دمشق ودعانا الى معاينته فرأينا ولداً هزيلاً لا يتألم الا اذا ضغطت حفرته الحرقية اليمنى ضغطاً شديداً ، حرارته طبيعية ونبضه ٨٠ ، يتعوط كل صباح مرتين او ثلاث مرات مع زحير ويقضي سحابة نهارة مطمئناً المسّ الشرجي لم يبد لنا شيئاً ، المعاينة الشعاعية اظهرت ان الزائدة متحركة وغير مؤلمة ومعاينة الغائط كشفت عدداً وافراً من غلف المتحولات وبوض الديدان الشعرية الرأس (tricocephales) وخراطين المعوي (ascaris)

فاعطيناه في اليوم الاول ١٣ سنتغراماً من الصنتونين و٣٠ غراماً من زيت الخروع فالتى سبعة خراطين واعطيناه في اليومين الثاني والثالث غراماً ونصف غرام سترول (تيمول) كل يوم واعادنا معاينة الغائط فلم تبد فيه يوض الديدان غير ان غاف المتحولات بقيت عديدة فوصفنا له الترسلول ثلاثة اسابيع متوالية فكان يأخذ منه ٥٠ سنتغراماً في اليوم اربعة ايام في الاسبوع . وينقطع عنه ثلاثة ايام واعادنا الفحص بعدئذ فبدا في الغائط بعض الغاف القليلة فاعدنا الترسلول اربعة اسابيع اخرى على النمط المتقدم

نفسه ثم اعدنا الفحص فزال الغاف وكانت قد زالت آلام البطن والاسهالات منذ بدء المعالجة ولم تعد الى الظهور .



المشاهدة الثالثة : السيد س . . عمره ٣٢ سنة اتى عيادتنا في ٣٠ حزيران السنة ١٩٢٩ يشكو لنا ألماً مستقراً في نقطة ماك بورنه وافادنا ان هذا الألم متقطع وانه يشتد متى شرب اشربة كحولية او تناول خضراً غضة . وانه استشار بعض الزملاء في بيروت فاشاروا عليه بقطع الزائدة عايناه فوجدنا ألماً مستقراً في نقطة ماك بورنه الكبد والطحال سايمان الحرارة ٣٦,٦ النبض ٧٧ وعرفنا من الاستجواب ان نوب اسهالات وقبض تتاب المريض وانه لم يصب بزحار صريح ولكنه يشكو في بعض الايام زحيراً في الصباح ولا سيما متى كان حسا في المساء شرباً كحولياً .

عوين غائطه في ٢ تموز فلم تبد فيه التحولات ولا غلفها
عوين بالاشمة فبدت الزائدة حرة ولا ألم فيها .

اعطيناه في ٨ تموز ٣٠ غرام كبريتاة المغنيزيا واعدنا معاينة غائطه فبدا فيه عدد قليل من غاف التحولات فوصفنا له المعالجة المتقطعة بالترسول ثلاثة اشهر متوالية ففني شفاء تاماً .

تبين لنا هذه المشاهدات الثلاث ان داء التحولات يقوى على تقليد نوعي التهاب الزائدة الحاد والمزمن . وان هذا التناذر الذيلي الموهم يوقع الكثيرين في الخطأ لانه اشير على اثنين من مرضانا الثلاثة بقطع زائديتهما اللتين لو قطعنا لما أدى قطعهما الى ازالة الآلام والاعراض البطنية التي ازالها المعالجة الدوائية وحدها . وان التحولات وغلفها قد لا تبدو في الغائط كمافي بدء المشاهدة الثالثة غير ان اختفاءها لا يعد سبباً كافياً لنبذ داء التحولات جانباً لان اعطاء كبريتاة المغنيزيا حسب طريقة ديكس (Deeks) في بلاد موبوثة بالزحار التحولي واسطة حسنة جداً لكشف التحولات في راز المصاين بالاشكال المزمنة من الزحار .

حول التهاب الإعور المتحولي الحاد

AU SUJET DE LA TYPHILITE AMIBIENNE

للدكتور القائد سوله جراح المستشفيات العسكرية

وللدكتور الرئيس غوستاف جينسته

ترجها الدكتور شوكت موفق الشطي

كتب الدكتور ميشل جراح المستشفى العسكري بدمشق سابقاً في مجلة امراض البلاد الحارة بحثاً أتى فيه على بضع اصابات بالتهاب الاعور المتحولي الحاد . وكان زملاؤه يشخصون الآفة التهاب الزائدة فيوفدون المصابين اليه وقد بضع ستة مرضى من ثمانية فشفي اثنان ومات اربعة وعولج الاثنان الباقيان معالجة دوائية فشفا . وقد لاحظ الجراح حينئذٍ وكان احدنا مساعداً له أن الآفات في الاعور اشد ممانحي في الزائدة وان المرض التهاب الاعور . وكشف الخبر التحولات في نجو المرضى واثبت فتح الجثة الآفات الزحارية في الاعور والكيلون .

واتنا ثبت فيما يلي ست مشاهدات من هذا النوع عولجت معالجة طيبة كمرضي سلفنا الذي اوحى الينا هذه الفكرة في بحثه السابق .
ان التهاب الاعور المتحولي مرض لا مجال لانكاره في البلاد

الشرقية الموبوءة بالزحار غير ان تشخيصه مستصعب ودليلنا على ذلك ان المرضى جميعهم بعث بهم الينا زملاؤنا الى المستشفى كصايين بالتهاب الزائدة حتى ان اكثرهم كان يوصينا بالبضع العاجل .

ولعمري ان تمييز المرضين احدهما عن الآخر صعب لان استقرار العلامات والاعراض متشابهة في الحالين وهذا ما يخذع الطيب القادم حديثاً من من اوروبا وهو لم يألف بعد امراض البلاد الحارة . ولا يستطيع الجراح الاستنكاف عن البضع في مثل هذه الحالات المستعجلة ما لم يكن خبيراً بالامراض البلدية وموقناً بصحة معرفته لطبيعة الداء المتحولية . ولما كانت ثقتنا بوجود هذا المرض شديدة لم نتردد في ترك البضع جانباً في مريض كنا خدرناه حين جاءت نتيجة الفحص مثبتة المتحولات في نجوه والتأرجح التي نستخلصها من مشاهداتنا هي ثمرة اختبارات جراحية في سورية مدة اربع سنوات وفي مستشفى مجهز بمائة سرير . اتنا تحاشي بضع الاعور الذي تقطه المتحولات الزحارية لان في البضع خطراً عظيماً كما وقع لغيرنا قبل ان تنتشر فكرة التهاب الاعور المتحولي ولان المعالجة النوعية كافية للشفاء الاكيد .

والمعالجة المثلى في هذه الحالات هي الحمية ووضع الثلج علي البطن وحقن الوريد بالامتين واعطاء المريض بعدئذ الستوفر سول او التبرسول . وقد تم لنا بهذه المعالجة وحدها شفاء جميع مرضانا فلو لا انتشار فكرة التهاب الاعور المتحولي لكان بعضهم واجباً متحتماً . اما في الحالات المهمة المخلطة بتكون مجمع قحي او بالتهاب الصفاق (péritoine) الآخذ بالانتشار فلا بد من البط

والتفجير (drainage) . كيف يعرف التهاب الأعور التحولي ؟

يمتاز هذا الالتهاب عن التهاب الزائدة بكون تظاهراته اقل مفاجأة واعراضه اخف وطأة . فالاعراض هي هي غير انها اخف فالألم الفوري ودفاع الجدار اقل وعلامة يعقوب مفقودة غالباً والوجه اقل اضطراباً .

اما التعجن فاشد وقد يرسم الانتفاخ تحت الجدار كما اوضح ذلك الدكتور ميشل ويبدو في الغالب اطار كولوني (cadre colique) مؤلم بالجلوس ينم عن تأذي الكولون . ألم اخف مما هي في التهاب الزائدة الحاد ويكمل المشهد السريري بمشاهدة المتحولات وغلقها او اللبليات (Jamblias) في الغائط . ويخبر المريض في الغالب ان اصابته سوابق زحارية . وتفاعل الصفاق في التهاب الزائدة اشد لان الزائدة وعاء مسدود ومقر لانتان شديد الوطأة اما الأعور فتتسع ومفتوح وبينما تعمل المتحولات وزميلاتها عملها يجد الصفاق متسعاً من الوقت ليهيء دفاعه فيغلف المعى المتجه الى الانتقاب بنشاء كفيف . وقد رأينا مع الدكتور ميشل هذا الدفاع باعيننا ، ويبدو ذلك الأعور سريرياً بانتفاخ فتشعر به اليد كالوشيق (boudin) . وعدا ذلك فقر الآفات وتظاهراتها السريرية ثابتة لا كما في التهاب الزائدة حيث تختلف الاعراض باختلاف وضع الزائدة التشريحي . ويظهر التعجن والألم على مسير المعى الغليظ ولا سيما الأعور ومبدأ الكولون .

وهذه الحوادث نادرة بعد ان افترض امر الزحار واشكاله وانتشرت فكرة التهاب الأعور التحولي واصبح الزملاء خبيرين بمفعول السداواة النوعة الساحر في هذه التظاهرات .

المشاهدة الاولى : محمد ... دخل المستشفى في ١٥ حزيران سنة ١٩٢٨

التشخيص حين الدخول : نقطة الزائدة مؤلمة و اقياء .

يشعر المريض بألم فوري في الحفرة الحرقفية اليمنى ، الدفاع الجداري خفيف لا تمجن بل قرقرة (gargouillement) الحصى ٣٨,٣ النبض ٨٤ تقطع عنه القيء منذ دخل المستشفى
المداداة : حمية مطلقة ، جليد على الحفرة الحرقفية ، لم تتبدل حالته في يومي ١٦ و ١٧
حزيران هبطت الحرارة الى الحد الطبيعي في اليوم الثامن عشر و زال الدفاع الجداري غير ان اليد الجاساة تشعر في رجا الزائدة بكتلة بيضية كثيفة . شكا المريض في ٢٦
حزيران اسهالاً ، غص النجو فشوهدت المتحولات فيه وزالت الكتلة البيضية على اثر
المداداة بالامتين و الستوفرسول . و اخرج المريض في ١٢ تموز من المستشفى معافى .

المشاهدة الثانية : بانكاس ... استشفى في ٢٩ آب سنة ١٩٢٨ وكان تشخيص دائه

التهاب الزائدة

يشكو المريض ألم زائده و تقفع (contracture) بطنه و تمجن الحفرة الحرقفية .
حرارته بين ٣٩,٥ — ٤٠ ، غائظه اسهالي لا يشكو قيئاً و قد سبق ان أصيب بنوب
اسهال . المس الشرجي لا ينم عن شيء و المجهر كشف في نحوه المتحولات
المداداة : حمية ، جليد على البطن ، امتين ٨ , ٥ . ستتم

تحسنت حالته في غرة ايلول تحسناً محسوساً و زال التمجن من الحفرة الحرقفية و اخرج
من المستشفى في ١٨ منه

المشاهدة الثالثة : محمد درويش . — ارسل بالطيارة و دخل المستشفى في ١٨ شباط

سنة ١٩٢٨

التشخيص حين الدخول : التهاب الزائدة الحاد ، حرارته ٣٩,٦ عدد نبضه ١٠٠
و كان يشكو في ١٤ شباط مصاعاً في ناحية الزائدة بدون حمى و اقياء و كان يجس في
بطنه تمجن كالبرقالة ثم ارتفعت حرارته الى ٣٨ و اعتراه اسهال و كانت حرارته في اليوم
الخامس عشر من شباط ترقص بين ٣٨ و ٤٠ و كان يشكو اسهالا و صاحب هذه
الاعراض في اليوم السادس عشر اقياء صفراوية . و كان أصيب هذا المريض في سنة ١٩٢٥
بزحار و عوج و قد قضى يومي ١٨ و ١٩ شباط في مستشفى حمص و كانت حرارته اذ ذاك ٣٨ و نبضه
٦٠ فحقن بالزيت المكوف و ارسل الى دمشق بالطيارة . و صل المريض الى المستشفى في

١٩ شباط بحالة سيئة حرارته ٣٧,٦ ، وعدد تبصه ٦٤ ، لسانه كتن وقد انهكه السفر في الحفرة الحرقفية اليمنى استباح مؤلم رفع جدار البطن الى علو ٢٠ سنتمراً ، جدار البطن حذاءه متقفع متوذم الكبد طبيعية غير مؤلة والطحال مجسوس . المس الشرجي مؤلم في الجهة اليمنى وتشعر الاصبع بالقسم المنحط من الاستباح ، باقي الاعضاء سليمة والتفسرة طبيعية .

تدل سوابق المريض والاعراض على استقرار تقرحات زحارية في الاعور سيما في السكولون المصاعد بعد ان سبقها دور تفاعل صفائي شديد وقد قررنا المعالجة المرضية مع مراقبة المريض مراقبة شديدة : حية مطلقة ، مصل غليكوذي في الشرج وتحت الجلد مقويات قلب ، امتين . هبطت الحرارة في ٢٠ الى ٣٧,٦ بعد ان كانت مساء ١٩ شباط ٣٨,٢ واقطع القيء والاسهال وتحسنت حالة اللسان وكانت حرارته في ٢١ منه ٣٦,٩ وعدد نبضاته ٦٠ ولم تبرز الا مرة واحدة وتحسنت الحالة العامة فلم تغير المعالجة

وصفوة القول ان المريض شكاً تفاعلاً صفائياً محدوداً في الحفرة الحرقفية اليمنى زحاري المنشأ عولج معالجة نوعية فشنقي وأخرج من المستشفى معافى في ١١ آذار المشاهدة الرابعة : يحيى . . . دخل المستشفى في ٢٩ نيسان وتشخيص مرضه آلام في نقطة ماك بورنه ، واقياء ودفاع بطني وحى ٣٩,٤

الفحص : كشف عن تقفع عام في البطن ولا سيما في الحفرة الحرقفية اليمنى ، المس الشرجي مؤلم

علامات التهاب القصبات ،^١ تقشع مخاطي قيحي ، تحري الحيوانات الدموية سلبي ، عصبات كوخ غير موجودة في القشاعات . استعمل في ٢٩ منه الجليد على البطن والزيت المكوفر والمصل قطرة قطرة في الشرج فسأدت حالة المريض في ظهر الـ ٣٠ واصبحت اقبأؤه كرائية وقررنا البضع حتى اتنا خدردنا المريض تخديراً قطنياً وبنا نحن على اهبة العمل واذا بمجواب الخبر يثبت وجود التحولات في النجو فلم نتردد حينئذ في ترك التوسط والاكتفاء بالمعالجتين النوعية والمرضية وكانت النتيجة شفاء المريض فاخرجناه من المستشفى في ١٦ مايس

الشاهدة الخامسة : الأنسة أ . - ممرضة عمرها ٢٨ سنة دخلت المستشفى في ٢٩ مايس سنة ١٩٢٩ .

التشخيص حين الدخول: التهاب الزائدة ، الاعراض : تقفع بطني بسيط في الحفرة الحرقفية اليمنى اما باقي ارجاء البطن فرخوة يحدث الضغط الشديد ألماً في ناحية الاعور وبمض قراقر في معى كأنه الوشيق الحرارة ٣٨ النبض ٨٠ وقد طلب طبيبها البضع غير اننا فضلنا المعالجة العرضية وقد كشفت المخبر المتحولات في النجو فلجأنا الى المعالجة النوعية وقد خرجت المريضة من المستشفى في ٣ حزيران معافية

الشاهدة السادسة : شارل . دخل المستشفى في ٥ تشرين الثاني سنة ١٩٢٨

التشخيص حين الدخول : التهاب الزائدة

كشفت الفحص عن علامات التهاب الاعور الخفيف الحدة والمخبر عن المتحولات في النجو عولج بمعالجة نوعية فشفي .

الألم في ناحية السين الحرقفية عرض مهم

في داء المتحولات المعوي المزمن

بحث سيلفا مآو (Silva Mello) في داء المتحولات المزمن وابان عرضاً مهماً اسماء علامة الخلل الايسر (signe de l'hypogastre gauche) وهو عبارة عن مضض (sensibilité) مختلف الشدة ينتشر في الرجا السيني وفي القسم الاخير من الكولون النازل وهذا العرض ذو شأن ولا سيما في الحالات المزمنة حيث لا أعراض واضحة . ويجب البحث عن هذه العلامة قبل ان يدعى المريض الى اجراء الفحص المخبري وقد وفق س. بواسطة هذه العلامة لكشف الداء بعد ان اغمض تشخيصه على الكثيرين .

حادثة زحار جديدة تيفية الشكل

UN NOUVEAU CAS DE DYSENTERIE PSEUDO-TYPHOÏDIQUE

للدكتور ترايو استاذ السريريات الباطنة

ترجمها الدكتور شوكة موفق الشطي

كنا قد منّا مع الحكيم لويس من بيروت في مؤتمر غند سنة ١٩٢٧ مشاهدات عن الزحار التيفي الشكل واني اضيف اليها المشاهدة التالية .

الجندي هنري .. دخل مستشفى دمشق العسكري في ١٤ تموز سنة ١٩٢٩ يشتكي من حمى وفاقة دم وهزال بدأ مرضه منذ ثمانية ايام وكانت الحمى ترقص بين ٣٨ - ٤٠

المعينة : لسانه كتن وفي جلدّه اندفاع . بطنه منفوخ ومؤلم قليلاً ، وفي الحفرة الحرقية اليمنى قراقر ، صمم الطحال مزداد قليلاً ، في قاعدة رئته اليمنى بعض الحراخر الضفيرية ، لقعح ضد التيفية منذ ستة اشهر ومع ذلك شككنا فيها ، استتبّت الدم فكانت النتيجة سلبية وعولج المريض كحموم : جليد على البطن والرأس ، حقن باردة ، مطهرات الامعاء فاكمل المرض سيره من دون تبدل

فخص النجو مراراً فلم تبدُ فيه المتحولات غير ان المريض في اليوم

١٨ من تموز شكا قولنجاً في الليل وتبرز صباحاً غائطاً مدمى مخاطياً . وكادت الافسكار تنجبه حينئذ الى نزف المعى غير ان وجود المخاط وسلية استنابت الدم وسوابق المريض دعيتنا الى الافسكار بالزحار التيفي ، فارسل النجوى الى المخبر فظهرت فيه المتحولات وكانت حالة المريض سيئة وقد اخذه القواق وعلى الرغم من ذلك لجأنا الى المعالجة النوعية فهبطت الحرارة الى ٣٨ وعادت طبيعية بعد اربعة ايام وزال القواق وبدأ النشاط يعود بتغذية المريض .

هذه هي المشاهدة التاسعة من نوعها التي وفقنا لجمعها في ست سنوات . واذا لم نصادف اكثر من هذه المشاهدات التسع فالسر في ذلك اننا تركنا منذ ثلاث سنوات شعبة الامراض السارية حيث يرسل من يظن باصابتهم بالتيفية وعاد المجال امامنا ضيقاً لان امثال هذه الحوادث في القاعات العامة نادرة .

ان تشخيص هذا الشكل صعب جداً ولا يمكن ان يستند الى التلقيح السابق ضد التيفية لنفي الحمى لان هناك انواعاً من العصيات التيفية واشباهها تختلف عن العصيات المجهزة منها اللقاحات الاوروبية وذلك ما يعال ظهور التيفية في كثير من الملقحين ، وان سلية استنابت الدم في الملقحين المصابين بالتيفية كثيرة الحدوث لان الاصابة هي التهاب في الامعاء يشفى عادة وترافقه عفونة دم بسيطة . غير ان الخطأ في التشخيص دعا الى استعمال معالجة من شأنها كشف القناع عن المرض الحقيقي . فالجليد على البطن والحقن الباردة خدشت المعى المحقن المتقترح بداء المتحولات الحقي فنشطت المتحولات واخذ الداء التحولي شكلاً حاداً : قولنجات ، نجوى مخاطي مدمى وعليه فاننا نشير على زملائنا بارب يروا النجوى في المحمومين فان كان الدم كثيراً دل على

النزف ومتى كان قليلاً وصاحبه مخاط وجب فحصه مجهرياً فقد تكشف فيه المتحولات وتكون العلة داء المتحولات التيفي الشكل فبراً سريعاً بالامتين وذكرت السيدة بانايوناتو من مصر كباد داء المتحولات التيفي الشكل اخذ احتقان الكبد فيه الدرجة الاولى في التاخر الذي ذكرناه. لذلك يجب ان تفكر دائماً في الشكل التيفي ونسعى الى اظهار حقيقته بالفحص المجهرى فان في ذلك نجاحاً باهراً للطبيب وبراءاً سريعاً واكيداً للمريض

مشاهدات وتقنيات عن داء المتحولات في الرضع

تمكن جربازي . من جمع ٥٠ اصابة بداء المتحولات في الرضع فعرف ان هذا الداء لا يبدو دائماً بعلامات التهاب الامعاء والكولون الزحارية الشكل بل قد يتظاهر بعسر هضم بسيط او بعلامات تسمم . ولم يشاهد ج . في الاطفال الكباد الذي يصادف كثيراً في الكهول . واكثر العراقيل واشدها خطراً التهاب السحايا والدماغ وقد يصيب داء المتحولات مسالك البول غير ان ذلك لا يزيده خطراً اما المداواة فتختلف باختلاف الحالات ولكل حادثة استطباج خاص .



تشوشات معدية معوية وعصبية انعكاسية

تالية لداء المتحولات المزمن

TROUBLES GASTRO-INTESTINAUX ET TROUBLES NERVEUX
REFLEXES CONSÉCUTIFS A L'AMIBIASIS CHRONIQUE

للدكتور ترايو استاذ السريريّات الباطنة

ترجمها الدكتور شوكت موفق الشطي

اتضح ان عدد حملة الفلف كثير في البلاد الموبوءة وقد ظهر لنا ان
تعبير حملة الفلف الاصحاء لا ينطبق على الحقيقة في الاشخاص الذين بدت
في نجوهم اشكال مقاومة من المتحولات . لا يخفى ان أكثر هؤلاء
الاشخاص قليلو العناية بانفسهم لا ينتبهون للعوارض البسيطة التي تعتبرهم
او انهم لا يميزون ما يطرأ عليهم من الاسهالات الخفيفة اقل اهتمام. ولا يصعب
في مثل هؤلاء المرضى اكتشاف بعض السوابق الزحارية والاضطرابات
المعدية المعوية وتدل على ذلك ايضاً فحوص النجو والبول المجهرية والكيمائية
لانها تكشف عن تقصير هضمي ناجم من قصور الغدد الهضمية بسبب
تأذيها من الحلم (الحيوانات الابتدائية) والقصوران الكبدي والمعشكلي
(البكرياني) كثيراً المشاهدة في المصابين القدماء لان الانبوب الهضمي

لا يستطيع ان يحتمل المتحولات اشهرأ وسنين من دون ان تؤثر فيه فليس هناك والحالة هذه حملة غلف اصحاء بل اشخاص يجهلون مرضهم او مرضى يتظاهر الداء فيهم بتناذرات (syndromes) متنوعة تخدع الطبيب كالتناذرات المعدية المعوية وهي في الحقيقة اضطرابات انعكاسية او بقصير في الغدد الهضمية ناجمة من داء المتحولات

ولا يمكننا ان نأتي على ذكر جميع التناذرات الناشئة من داء المتحولات لان داء المتحولات مقلد عظيم ولاننا لا نعرفها جميعها بل نذكر ما توصلنا الى معرفته كتناذر عسر الهضم الريحي (dyspepsie flatulente) وعسر الهضم الزائد الحموضة، والتهاب الكولون الغشائي الموهم والخور (neurasthénie) والحصر (angoisse) المصاحبين في الغالب لتناذرات الانبوب الهضمي

تناذر عسر الهضم الريحي (Syndrome de dyspepsie flatulente)

يشاهد كثيراً ويعتري المصابين بالزحار الحاد او المزمن المعالجين بالامتين والزرنيخ معالجة جيدة وذلك حين شفاؤهم. لان احتقان الغشاء المخاطي المتواصل وتقرحه الناجمين من الزحار يؤثران في الطبقة العضلية فتصاب بالخلل (parésie) مدة من الزمن فتتمدد بسببها الامعاء ويظهر قبض ناجم من وهنها ويتنفخ البطن وتكثر الغازات في زوايا الكولون وتحت الكبد وتحت الطحال فتحدث آلاماً شديدة وقد ينجم من هذا التوسع العام انضغاط قبة الحجاب فعسر التنفس والحققان وطلائع الانقباض (extrasystoles) وحوادث خناق انعكاسية . ولا يندر ان تشغل هذه الاعراض بال المرضى

فيستشيرون الطبيب من اجلها

وتكافح هذه الاعراض بحمية مؤلفة من الحضر المطبوخة والشواء
والأغار الناضجة والمعدات واستعمال التبريد لابطال البقية الباقية من
الغلف وان عودة انتفاخ البطن والريح لدليل على ان الزحار لم يبرأ تماماً وان
النار لا تزال تحت الرماد، ويجب في هذه الحالة تكرار المعالجة سواءا كانت نتيجة
البحث المجهرى سلبية ام ايجابية لان المتحولات في هذا الدور مفقودة وغلفها
نادرة ونتيجة الفحص سلبية في الغالب

تناذر عسر الهضم الموهم الزائد الحموضة

SYNDROME DE DYSPESIE PSEUDO-HYPERCHLORHYRIQUE

اقل حدوثاً من التناذر السابق ويشاهد في الزحارات الحديثة العهد
وقد يكون مهدداً للزحار الحاد .

المريض مهزول في الغالب، وجهه شاحب ، هضمه بطيء متعب متألم
تعتبره حزة (pyrosis) وقلس (renvoi) واقياء نصفها طعامي والنصف
الآخر حامض . ويبقى الاشتها مع ذلك طبيعياً وتسكن الآلام بالاطعمة
والسوائل والقلويات ومما لا شك فيه هو ازدياد الحامض في هذا التناذر
غير ان الاعراض التي تبدو في عسر الهضم الحامض الصريح ليست كلها
كاملة في هذا التناذر بل تبدو ناقصة فلا تشاهد اقياء حامض صرفة . وحس
الاحتراق يستطيع المريض احتمالاً ولو لم يجزع القلويات الاشتها غير مزداد
وقد ينقص ولا يشاهد عرض الجوع المؤلم مطلقاً ، الخلاصة ان العلة هي فرط

حوضه موهمة حديثة العهد قد بدأت منذ بضعة ايام او بضعة اشهر سبقتها اصابة بالزحار . فاذا ارسل النجو الى المخبر ظهرت طبيعة المرض وشفي المريض بالامتين والزرنيسخ .

التهاب الكولون الغشائي المخاطي الموهم

PSEUDO COLITE MUCO-MEMBRANEUSE

الشك واجب في طبيعة كل التهاب كولوني غشائي مخاطي في الشرق حتى انه ليجوز لنا ان نقول بان التهاب المعى الغشائي المخاطي المعروف في اوربا نادر في هذه البلاد ولم نر منه خلال سبع سنوات حادثة واحدة وقد كشف لنا المجهر في جميع الحوادث التي شاهدها طبيعة المرض المتحولية ولا يعني هذا ان التهابات الكولون الغشائية المخاطية التي تشاهد في الغرب لا تصادف في الشرق ، بل ان حملة الغلف الذين يظهرون بمظهر السلامة كثيرو العدد حتى ان اقل تشوش معوي يطرأ عليهم يكون كافياً لظهور الزحار فيهم بمظهر تستره بعض التناذرات الآخذة بالتكون . ومهما يكن من الامر فان مشاهدة الغلف والمتحولات تبرر استعمال المعالجة النوعية التي تشفي التهاب الكولون الغشائي المخاطي . ومع ذلك فان المرضى لا يستشيرون الطبيب عقب وقوع المرض كما في اوربا بل يتوجعون اشهرأ وسنوات ويكون اشتهاؤهم في اثنائها قليلاً وحالتهم العامة سيئة والهضم بطيئاً مؤلماً والقبض مستعصياً او تعثرهم وثبات اسهال لا يكون النجو فيها سائلاً تماماً بل ترى فيه أبعاد (scybales) مغمدة بطبقة مخاطية .

وقد يبرز المريض احياناً برازاً كثيفاً وبقطاً (paquets) مخاطية مدماة تشبه الغشاء المخاطي المتحسف . وتضطرب من جراء ذلك وظيفة الامعاء اضطراباً شديداً فيقلق المريض ويضطرب وتضعف قوته المعنوية ويصاب بالحور . فيستشير الاطباء المرة تلو المرة ويكثر من العلاجات مزججاً الاطباء فيصفون له ما في جعبتهم من الادوية ويشيرون عليه اخيراً تخلصاً منه بالاتجاه الى الحمات (stations thermales) غير أن بلو ميار وشاتل غيرون وفيشي وغيرها لا تشفي هؤلاء المرضى الذين يعودون كما ذهبوا حزاني متألين الى ان يأتي يوم ينفضح به عمل المتحولات عن يد طيب خبير وتبدو المتحولات في البراز فينشي هؤلاء المرضى بالمعالجة النوعية

تناذر الحور والحصر

SYNDROME DE NEURASTHÉNIE ET D'ANGOISSE

ذكرنا في سياق التناذرات السابقة بعض العلامات العصبية المصاحبة وزغب هنا في المحي على تظاهر الداء باضطرابات عصبية مستقلة . ان جميع العلل المغيرة للغشاء المخاطي التي تؤذي الضفائر العصبية المستقرة في طبقة ماتحت المخاط تؤثر في العصب الودي . وقد يكون تناذر ازدياد الحموضة نتيجة تنبه الودي . غير ان الاضطرابات العصبية قد تأخذ الدور الاول في بعض المرضى حتى انهم لا يتذكرون كيفية ابتداء مرضهم ولا يترددون في اظهار عجبهم اذا نسب الطيب مرضهم الى بطونهم والى الاسهالات

المتقطعة التي كانت تتألم. وهؤلاء المرضى مصابون بالحصر قلقون مضطربون يعيشون خائفين معتقدين أصابتهم بمرض مجهول خطر فيجتنبون مظاهر الحياة ويميلون إلى الانفراد وتعترهم هبات حرارة وصداع، ودوار وخفقان مؤلم وطلائع انقباض. ويعتقدون أن هذه التظاهرات خطيرة فيلجأون إلى أطباء البلد الواحد بعد الآخر حتى أنهم يهزأون بوصفات الطبيب النوعية وطبه وحيمته ولا يخفي أن كشف المتحولات مستصعب في بعض الأحيان فإذا شوهدت عدوها عاجزة عن أحداث هذه الأعراض فيهم ويصعب على الطبيب في مثل هذه الحالات اقناع المريض بأن سبب شقائه هو المتحولات العائشة في أمعائه وأرغامه على استعمال المداواة النوعية. فعلى الطبيب في حالة كهذه أن يستمد من مهنته السلطة الكافية لإقناع مريضه وأن يباشر المعالجة النوعية فلا تلبث حالة المريض من أن تحسن فيعود للاشتهاء وتقوى الحالة العامة ويزداد الوزن وتخف الأعراض العصبية ثم تؤول.

هذا ما توصلنا إلى معرفته باختباراتنا الشخصية الطويلة. فعلى أطباء الشرق أن ينشروا ما وصلت إليه أبحاثهم في هذا الصدد خدمة للرضى والطب لأن المؤلفات الطبية لم تذكر شيئاً مما دونناه.

بعض التظاهرات العصبية النفسية المشاهدة في

سياق الزحار التحولي

QUELQUES MANIFESTATIONS D'ORDRE NEURO-PSYCHIATRIQUES
OBSERVÉES AU COURS DE LA DYSENTÉRIE AMIBIENNE

للككتور اسعد الحكيم رئيس اطباء مستشفى ابن سينا (دمشق)

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

يعود الفضل الى الاستاذ ترابو الذي نبه افكار الممارسين في الشرق
الادنى الى التظاهرات العصبية المفاجئة التي قد تصادف في سياق داء المتحولات
فقد نشر في شهر تشرين الثاني من السنة ١٩٢٧ على صفحات «مجلة امراض
البلاد الحارة» مقالة اسمها «اشكال داء المتحولات الدماغية السحائية» وذكر
فيها بالخاصة تشوشات سحائية في حامل مزمن للغلف المتحولية شفيت بالمعالجة
النوعية . ونشر ايضاً بالاشتراك مع الاستاذ جود حالة انقطاع عن الحقيقة
«état schizophrénique» سابقة للعتة في مريض مزحور كان لا يشكو قبل
اصابته بالزحار اقل تشوش عقلي وقد اعترته بعد اصابته به حالات نفسية
قادته بسرعة الى الانتحار .

والمشاهدتان التاليتان اللتان تأتي على ذكرهما الآن بينان ان هذا الباب
الجديد نمي به التظاهرات العصبية في سياق العفونة المتحولية يستحق
الاهتمام الكبير .

المشاهدة الاولى (نوب خناقية موهمة وأسر « المحاس بول » انعكاسي في سياق الزحار التحولي)

اعترت منذ سنة المدعوس . الذي كان متمتعاً بصحة جيدة نوب دوار متصفة بنقل في الرأس وسدر (éblouissement) وانهاك (essoufflement) وعرق مع الشعور بتعب كان يضطره الى الاضطجاع بضع ساعات وكانت تعاوده هذه النوب بفترات متفاوتة الطول حتى كان آخر شباط من السنة ١٩٣٠ اذ اصابته نوبة دوار جديدة مع وهن في القوى وغث (torpeur) فظن ان المريض اصاب بسكتة مسببة من تلين الدماغ . غير ان المريض عادت اليه قواه العقلية بعد عشر ساعات الا انه لم يقو على ترك سريره لضعفه ولنوب خناقية اعترته مع حصر وألم امام القلب. دعينا الى ممانسة المريض فوجدنا ان ملكاته العقلية قد عادت اليه وكان نبضه ٧٥ وحرارته وتنفسه طبيعيين ولم نجد في جهازه العصبي اقل اضطراب وكان لسانه قليل الاتساخ واشتباؤه حسناً وبطنه متطبلاً قليلاً وتوتره الشرياني الاقصى ١٧ والادنى ٨ بمقياس فاكرز وكان يشكو المريض ثقلاً في رأسه وصداً ونوباً خناقية حين التفوط . ولم يبد في التفسرة (تحليل البول) اقل تشوش وكانت البول (الاوره) الدموية ٥٢ سغراماً .

فاعطيناه مبوله (diuretique) فاصابه في اليوم الثاني أسر تام واعتزته ثلاث نوب خناقية فكان يقتدر في الايام التالية . وبينما كنا نقيس توتره الشرياني في ٥ اذار اصابته نوبة خناق امامنا فشجب لونه مخاًة وصرخ « اتركوني اتركوني اتقي اختنق » ثم امتد على الارض كرناد البندقية وارتجت يداه اللتان كان يضرب بهما صدره . واستمرت هذه النوبة دقيقتين الى ثلاث دقائق كان تنفسه في اثنائها سريعاً غير ان نبضه بقي حسناً وخرج المريض من نوبته منهكاً وافادتنا امرأته انه كان قد اصاب منذ سنتين باسهال زحاري الشكل . وان قبضاً يعتبره في الغالب تتناوبه نوب ذرب .

ففحص الغائط فبذت فيه غلف عديدة من التحولات فموج بالامتين والترسول فزال هذه العوارض جميعاً نوب الخناق بعد اسبوع والاسر كذلك غير ان المريض بقي مضطرباً مدة من الزمن .

الملاحظة الثانية : (ارتباك عقلي في سياق الزحار المتحولي)

شوهدت فاطمة . . البالغة من العمر ٥٢ سنة في ١٣ آب سنة ١٩٢٩ تأهية في احد شوارع دمشق فاسقتها مديرية الشرطة الى مستشفى ابن سينا باعتبار انها مصابة بتشوشات عقلية

عويث حين دخولها فبدت مصابة بفاقة دم شديدة ووذمة الطرفين السفليين وتطبل البطن واسهالات صفراوية وكانت اجهزتها الاخرى سليمة . اما الفحص النفسي فقد كشف لنا تشوشات عقلية متصفة بالضلال « desorientation » التام وضعف الذاكرة « dysmnésie » وتشوشات الاتساع والادراك وسوء المعرفة والهرط (boulimie) واللمم (galisme) وبعض الاضطراب والارق

. ثم امت بنات المريضة بعد دخولها للمستشفى بثلاثة ايام ليخرجنها واخبرن ان والدهن تشكو منذ خمسة اشهر تشوشات معدية معوية وان تشوشات عقلية تنتابها منذ شهرين وانها تحسن في الفترة بين نوبتين بعض التحسن . فاخرجناها من المستشفى بدون ان تتمكن من تشخيص سبب المرض . غير ان عائلتها لم تلبث ان اعادتها الينا في ١٢ تشرين الاول من السنة نفسها لانها لم تعد قادرة على تحمل تشوشاتها العقلية بل يئست من شفاؤها . فكان ارتباكها العقلي شبيهاً بما كان عليه يوم دخولها الاول الا ان حالتها العامة ساءت وفاقة دما ازدادت وتطبل بطنها واخذها الاسهال فموي غائطها فبدأ فيه عدد عديد من المتحولات وغلفها فموجلت معالجة الزحار فزال ارتباكها العقلي في ٢٦ تشرين الاول واستعادت قواها العقلية . وتركت المستشفى في ١٠ تشرين الثاني بعد ان شفيت من آفات العقلية والبطنية . ولا تزال سليمة بعد ان مرت على شفاؤها حتى الان ستة اشهر .

ان هاتين الملاحظتين عظيمتا الشأن فان اولاهما بينت لنا اضطرابات عقلية ودية المنشأ منعكسة عن الامعاء . لا نجعل ان التظاهرات العقلية البعيدة كالسراع القلب والحصر والنوب الخناقية الموهمة وتشوش النظم (arythmie) المتعلقة بامراض الانبوب الهضمي معروفة اليوم حق المعرفة غير ان حادثتنا

هذه تبين ان داء المتحولات قادر على احداث تناذرات كهذه . وهذا السبب جدير بان يعلن لان معرفته تدعونا الى استعمال المعالجة النوعية التي تمحو الاعراض الانعكاسية المزعجة والآلام التي لا تفعل بها في الغالب المعالجات الاخرى .

واما المشاهدة الثانية فاكبر دلالة وفائدة من الاولى لانها تجعل داء المتحولات في صف التعففات المعوية الجرثومية . فان ارتباك العقل في مريضتنا لا يستطيع تعليله بسوى فعل الذيفانات البعيد لان ارتباك العقل نموذج للحالات النفسية المسببة من السموم والذيفانات . فلا عجب اذا تولدت فكرة جديدة اغني بها فكرة الذيفانات التحولية التي يستطيع بها تحليل الحالات السخائية كما تعمل هذه الحالات نفسها الناجمة من الديدان والحالة السابقة لبعته في المريض الذي اعلن مشاهدته الاستاذان جود و ترابو ، هذه الحالة التي تلي في اكثر الاحيان حسب نظرية رجيس الارتباك العقلي الذي كان واضحاً كل الوضوح في مشاهدتنا .

ولسنا نشك ابدأ في ان هذه التشوشات العقلية والعصبية التي صادفناها ناجمة من داء المتحولات لان مريضينا كانا مزحورين وفي غائط كل منهما متحولات وغلف ولان تشوشاتهما العصبية والعقلية سارت والزحار في آن واحد وشفيت بشفايته بالمعالجة النوعية بالامتين والمركبات الزرنيخية . اجل ان لهذه المعالجة النوعية بعض التأثير في حالات متنوعة لان فعلها النوعي ليس مطلقاً غير اننا لم نعلم حتى الآن ان الامتين شفى بمثل هذه السرعة ارتباكاً عقلياً تالياً لشتى المفونات . وعليه فاننا لا نتخلف عن عقيدتنا هذه التي اوحاها

الينا علما الامراض العصبية والعقلية نعني بها الاقرار بذيوانات المتحولات
كيف لا ونحن نشاهد من اونة لآخرى مع الاستاذ ترابو تشوشات شبيهة
كهذه يحدثها طفيلي آخر وهو حيويين لافرن الدموي . ففكرة افراز
الحلم (protozoaires) للذيوانات قد اثبتتها المعالجات النوعية التي محت
بسرعة غريبة التشوشات العقلية والعصبية التي صادفناها وهي تشوشات تخيب
فيها المعالجات في الغالب



داء المتحولات واللامبليات

AMIBIASE ET LAMBLIASE

للطبيب الرئيس شاتريو

ترجها الدكتور شوكة موفق الشطي

لا يعد داء المتحولات المنحصر في الامعاء شديد الخطر لانه متى عولج معالجة باكرة يشفى شفاء سريعاً في اغلب الاحيان . وليس الامر كذلك متى اصطحبت الحلم (الحويينات الابتدائية) ببعض العصيات او الطفيليات لان عراقيل حشوية تظهر حينئذ فيزداد انداز الزحار شدة واهم العناصر المصاحبة للمتحولات هي اللامبليات التي تميد الزحار خطراً وقليل هم المترونون الذين يعرفون هذا . والاسهالات اللامبلية الصريحة اكثر حدوثاً من الاسهالات المتحولية . ومن الخطأ ان يظن ان اللامبلية المعوية (*giardia intestinalis*) هي ضيف المعى المسالم وانها لا تؤذي الا بمعدل عشرة في المائة من الحوادث

اقتنا في الشرق الادنى خمس سنوات واصبحنا قادرين على مجابهة هذا البحث واطهار شأن النقاعيات ذات السوط واشتراكتها الطفيلية في امراض الانبوب الهضمي .

وداء اللامبليات مرض مستقل واشتراك اللامبليات بالتحولات المخربة (*entamoeba histolytica*) او الرباعية (*tetragena*) حادث مهم يجب ان يخصص له مجال واسع في زمرة الزحارات البلدية ولم يذكر الاطباء الحثيرون بامراض البلاد الحارة عدا التهابات الصفاق (*péritonites*) الناجمة من تقرح الامعاء واثقابها من الاعراض الخاصة بداء اللامبليات الا النزر اليسير .

وليس المشهد السريري المذكور عن داء اللامبليات مطابقاً لما شاهدناه ويخلصه مورناس على الصورة الآتية « يبدأ المرض ولا سيما في الصغار بألم لمراق الايمن واسهال مستمر مديد يكاد يكون منتظماً يتخلله تغوط طبيعي متى روعيت الحمية او اعطي العلاج . ولا يتألم المصاب غير انه يزعج من استمرار الاسهال . ويختلف عدده من مرتين الى عشر مرات في اليوم ولا سيما في الصباح وقبلها يضطر المريض الى النهوض ليلاً » . ويعتقد هذا المؤلف ان داء اللامبليات لا يبدو بشكل حاد كالزحار الا نادراً وان تعبير الزحار اللامبي خطأ لان الاسهال حينئذ يكون حاداً مع نجوسات يخذش المستقيم والشرج فيبدو المرض كالزحار . وهذه الادوار موقته . ولم تعرف حتى الان نتيجة داء اللامبليات المتروك وشأنه او المعالج معالجة غير نوعية وقد يميت هذا الداء بالدفن (لابه) والغالب ان هذا المرض سليم غير انه مزمن ومستعص .

وقد تمكن المؤلفون الاميركيون على اثر انتشار تنيب الاثنا عشري من كشف ذات السوط (*flagelle*) في الصفراء . واثبت ذلك ايضاً لير

اذ شاهد اللامبيات في محتوى الاثنا عشري غير انه لم ير الا اشكالاً ثابتة .
اما الغلف فلم تصادف فيه مطلقاً .

وتدل مشاهدات كارنو وغلنجر على ان الطفيليات المصادفة في الإغفاج لا تستقر دائماً هناك بل ان مستودعها المرارة . وليست المرارة مذكراً للجراثيم فحسب بل لبعض الطفيليات ايضاً ومنها اللامبيات المعوية (giardia intesti-
nalis) وقد اقر ذلك بعض المؤلفين « كاد ، غريفه ، مورناس » . وشاهد
وستفال وجورجي كثيراً من الاشكال النباتية الكثيرة الحركة في مرارة
مستأصلة . ورآها غيرهم في الطرق الصفراوية . وهل يعني ذلك ان محتوى
الاثنا عشري والصفراء مناسبان لنمو اللامبيات ام انها مستتب حسن .
وبحث مارسل لابه ودنوال عن الدور الذي تلعبه الطفيليات المعوية في
الامراض وذكر قبلاً غوسه ولانوار حادثة انسداد القناة الجامعة بذوات
المرشفين (douves) . ويعتقد هؤلاء المؤلفون ان الطفيليات المعوية تحدث
عللاً كثيرة كانت مجهولة ويجب التفكير في الآفات الطفيلية في جميع امراض
الانبوب الهضمي وخلو النجو من الطفيليات لا يدفع التهمة عن انها سبب
الاذى وقد ساعد تنيب الاثنا عشري على كشف اللامبيات الحوية في
الصفراء . والارجح على رأي لابه ان النقاعيات قادرة على التكاث في
الامعاء واحداث التهاب فيها والصمود في الطرق الصفراوية فتسير اللامبيات
كما تسير المتحولات صعداً في الطرق الصفراوية فتحدث الكبد البسيط
او القححي وليس داء اللامبيات نادراً كما كان يظن سابقاً وقد شوهدت
اللامبيات كثيراً في صفراء المرارة . ولم يشاهد داء اللامبيات في فرسة

وكان لمؤلفي الألمان القدح المعلن في الكشف عن عمل اللامبليات في امراض الطرق الصفراوية .

ونكرر ما قلناه عن ان اللامبليات المعوية ليست ضيفاً مسالماً بنسبة ٩٠ في المائة بل انها تحدث التهاباً معوياً قولونياً قلماً يكون مزمناً منذ بدئه . وهي تحدث عراقيل في الطرق الصفراوية الخارجية . وقد فحصنا النجوى في ٦٥٦ حادثة في سنة ١٩٢٧ فكشفت الطفيليات ٢٧٥ مرة وشوهدت :

التحولات	١٤٣ مرة
الغلف وحدها	٧ مرات
الغلف والتحولات	٨ »
اللامبليات ،	٨٣ »
اللامبليات ، والتحولات وشعريات الرأس (tricocephales)	٢١ »
شعريات الرأس ومنحرفات الفم (ankylostomes)	١٣ »

وقد اقتبسنا هذه الاعداد ١ - من فحوص اجريث في مستشفى عسكري سيار ولم نجعل احصاءنا من دمشق وحلب ٢ - لم نفحص نجوى جميع المصابين باسهالات ومع ذلك فهمي كافية لاطهار درجة اشتراك اللامبليات بالامراض الهضمية وعلاقتها بداء التحولات ولا سيما في الاشهر التي تكثر فيها الاسهالات وقد فحصنا سنة ١٩٢٨ ثلاثمائة وتسعة وثمانين غائطاً فكانت النتيجة سلبية في ٢٤٥ منها ووجدت الطفيليات والعصيات في ١١٤ :

متحولات وغلفها	٧١ مرة
لامبليات وحدها	٣٣ »
لامبليات ومتحولات	١٧ »
منحرفات الفم الاثنا عشرية	٣ مرات
عصيات فلوكسنر أو شيكا	٥ »
ازدياد الكثيرات النوى	٧ »

يستنتج من ذلك ان داء اللامبيات في الشرق ذو شأن كداء المتحولات وقد تكون اللامبيات ضعفاً مسالماً في المرارة والاثناعشري . وتحديث اللامبيات التهاباً خفيفاً في المرارة وتحتوي الصفراء حينئذٍ على كريات بيض وخيوط مخاط ولا مبيات . والمرض هو التهاب المرارة الخفيف الحدة ولا يشترك بالتهاب محيط المرارة الا نادراً . وقد ترى النقاعيات في المعدة اذا زالت حموضتها . ويظهر ان المرارة بقلوبيتها تساعد على نمو الطفيليات كالأعفاج وهذا يبين سبب ازمان الآفة ومقاومتها لا تجمع العلاجات ولا سيما متى اشتركت اللامبيات مع غيرها من الطفيليات وبالحاصة المتحولات . وانقراغ المرارة المستمر المأهولة بالطفيليات يساعد على استمرار الالتهاب ، وحمة الغلف الذين ندعوهم اصحاء ليسو في الحقيقة الا اشخاصاً مصابين بامراض عضالة

اشكال داء اللامبيات السريرية

تبين من المعلومات التي سبقت ان اللامبيات المعوية (*giardia intestinalis*) ليست كما يتوهم البعض طفيلياً مسالماً لا طاقة له على احداث اضطرابات في الانبوب الهضمي او ملحقاته .

وقد يكون المرحون من الجندية متى عادوا الى بلادهم سبياً في نشر الداء في اسرهم وغايتنا من هذا الاستقصاء تنبيه المتربين الى هذا الامر لان افكار الزملاء لا تنجهم متى شاهدوا مريضاً قادماً من المستعمرات الا الى داء المتحولات وذلك لجهلهم لداء اللامبيات واشكاله السريرية ومعالجته . ويتظاهر المرض سريرياً بصورتين :

- ١ مظاهر التهاب المعى والقولون اللامبلي الصرف او المشتركة في احدائه عدة طفيليات (متحولات ، غلفها ، شعريات الرأس)
- ٢ يتأثر اثنا عشري كبدي او مراري لامبلي صرف او مشترك وانذاره جدي والنكس كثير ويؤثر ذلك في الصحة العامة تأثيراً سيئاً
- وينجم من ذلك الدنف وتغير سحنة المريض بان يصبح كالمسلول «السل الموهم» (pseudo tuberculose) ويبدو التناذر الاثنا عشري بالام في المانة (حول السرة) وتحتها وغثيان وقلس سائل لزج وتناوب القبض مع الاسهال وطبيلة البطن واعراض عامة تدل على الضعف والهزال . ويتصف المرض بعسر هضم اثنا عشري . ويكشف التنيب المعوي عدا القصورين الصفراوي والمشكلي (البكرياسي) اشكال اللامبليات النباتية . وتساعد الاشعة على اظهار تشوه في الاثنا عشري والتوائه وقد يبدو المرض بما يبدو به الركود الاثنا عشري فيقلد القرحة مع ما ينجم من ذلك من حوادث تسمية بسبب احتباس محتوي الاثنا عشري المزمن .
- اما التعليقات الشعاعية فهي كما يلي :

معدة شديدة النشاط (hypertonique) والتقلص (تناذر باركلالي) مع نقطة مؤلفة في رجا الاثنا عشري حذاء قسمه الاخير ، تقفع شديد ، ركود في قسم الاثنا عشري السفلي مع بقاء سائل مقداره ٢٠ -- ٣٠ سم مكعبا الاحتباس الشاذ وهذه العلامات دليل على التهاب الاثنا عشري او التهاب محيطه . ولا تبدو علامات تدل على التقرح

وتحدث اللامبليات عدا المرض المعوي امراضاً في المرارة فتبدو علاوة

على الاسهالات المتناوبة مع تبرز طبيعي اعراض مرارية تتظاهر بقولنجات كبدية . والطريقة الوحيدة لوضع التشخيص في هذه الحالة تنيب الاعفاج وقد استعملنا المضارة (lacto-serum) بدلاً من كبريتاة المغنيزيوم وكلوورور المغنيزيوم والهضمون (بيتون) اذ ظهر لنا ان المضارة افضل مفرغات الصفراء واسرعها فتسيل عقب وصول المضارة الى الامعاء صفراء ذهبية مصفرة ففخضراء قائمة ثم تأخذ صفات الصفراء المرارية فالصفراء الكبدية الرائحة . ويجب تكرار الفحص لكشف الطفيلي .

يتظاهر داء المتحولات اللامبلي ببيلة صفراوية (prohilarinurie) شديدة وتهيج الكبد على نمط غلنار فالتهاب الكبد وتكوّن الحراج مما يقلد الكبد المتحولي وقد شاهدنا من ذلك عدة حوادث سنشرها بعد حين وصفوة القول ان لداء اللامبيات السريري شكلين مستقلين لكل منهما اعراض خاصة وانذار مختلف فهو يتظاهر أ - بتظاهرات ذرية صريحة ، التهاب الممى والقولون الخفيف

ب - تناذر اثنا عشري مراري او كبدي ، يجب الاحتفاظ بانذاره لان تأذي العضوية فيه شديد ويقلد المرض السل المصطب بقصور الكبد . ويجب في كثير من الاحيان الاستقصاء بالاشعة ولا بد من تنيب الاثنا عشري لمعرفة طبيعة المرض .

النتيجة

أ - داء اللامبيات مرض مستقل ، اشكاله المعوية سليمة تبدو بالتهاب الممى والقولون الحاد او الخفيف الحدة او المزمن وازمان المرض يجرى الى

عراقل اثنا عشرية ومرارية وكبدية انذارها مشكوك فيه
 ب - اشتراك الاملبيات والتحولات تظاهري في الزحار البلدي
 لاستقرار التحولات والاملبيات المعوية في خلية الكبد وطرق الصفراء
 ج - اذا كانت سحنة المريض تدل على سل موهم وقد بحث عن العصيات
 السلية مراراً ولم تشاهد وجب تنبيب الاعفاج والبحث عن الطفيليات
 د - المضارة احسن مفرغات الصفراء لان فعلها سريع ويحتملها المرضى
 اكثر من غيرها : كبريتاة المغنيزيا والهضمون
 وتساعد البيئة القلوية في الماراة وفي الر كود الاثنا عشري على استمرار
 وجود الاملبيات فيهما .

هـ - يجب ان تنجى المداواة الى مكافحة القلوية : ١ - بتحميض بيئة
 الانبوب الهضمي وذلك باستعمال الليمونية الكلورية (limonade chlorhy
 (drique) مدة طويلة و٢ - ان تحفض الطرق الصفراوية بمفرغات الصفراء
 المعروفة واحسنها المضارة و٣ - يفيد الامتين الزرنيخي (arsémétine)
 حقناً تحت الجلد في الاشكال المعوية القولونية فائدة كبيرة . ويظهر ان
 مفعول تترايودو فنول فالائين الصوده (tétraiodo-phénolphtalcéine de
 soude) المفرغ للصفراء والقاتل للطفيليات قليل في داء الاملبيات المراري .

هل من دليل على كون التقيحات الرئوية

متحولية المنشأ

EXISTE-T-IL UN CHUTRE DE LA NATURE AMBIENNE DES
SUPPURATIONS PULMONAIRES

حول حادثة خراج رئوي في قاعدة الرئة

ظهر اثر الاصابة بالوافدة

بقلم دوره (G.R.Doré)

ترجمها الدكتور شوكة موفق الشطي

عامل يشتغل في مقلع من الحجر الاسود (une ardoisière) وهو في الوقت نفسه خادماً في حقل عمره ٢١ سنة لم يسبق ان اصيب بمرض خلا الوافدة وقد اعتراه صلّح عيلى في السنة السادسة عشرة من عمره ماتت اخواته الثلاث في الصغر وقد كلف في شهر نيسان ١٩١٩ بتنظيف المراحيض فشعر بنهكة وألم خلف القص ونوافض واستمرت هذه الاعراض ٣ - ٤ ايام فدخل المستشفى في ٢٧ منه فموج كصاب بذات القصبات ولم تبدُ في قشاعاته عصيات . حرارته لم ترتفع عن ٣٨ الا انها كانت يوم دخوله ٣٨,٥ . بدا معه في نصف حزيران بينما كان في مرا كش تناذر ككفي في قاعدة الرئة اليسرى فسمعت خراخر تحت الفرقعية ونفخة انبوية زفيرية متطاولة . ولم تأخذ هذه النفخة صفات النفخة الحزفية . واستدل من الاصغاء في ١٩ منه على ان علامات الكهف

مستقرة في ساحة علوها ١٣ سنتمراً وعرضها ٩ سنتمترات . فحص المريض
بالاشعة في ٢٢ منه فلم يرَ اقل خلل سوى ان الحجاب « diaphragme »
الايسر بدا ملجوماً وظهر الرتج الضلعي الحجابي معلقاً من هذه الجهة ،
فحصت القشاعات في مستثنى بورديو فكانت مخاطية قيحية وفيها عدد
كبير من الكثيرات النوى يفوق عدد الخلايا القصبية المخاطية، وفيها ايضاً عدد
كبير من المكورات الرئوية وبعض الرباعيات (tétragènes) والمكورات
المضاعفة النزلية (diplococcus catarrhalis) ولم يبحث عن اللاهوائيات
ولا عن البريميات ولم تشاهد الالف مرنة . استحضر لقاح ذاتي وحقن منه
المريض في ٢٥ ، ٢٦ ، ٢٧ بمقدار يختلف من ربع الى سم مكعب ، عدت
كرياته فكانت ٤,٨٠٠,٠٠٠ حمر و ٦,٩٧٥ ييض و ٦٦ كثيرات النوى
المتعددة و ١٠ وحيدات النواة الكبيرة و ٢٤٠ حيدات النواة المتوسطة وبلغميات
ولم تشاهد ايوزينيات. مقدار خضاب الدم ٩٠ في المائة . الاشتهاه طبيعي
والنوم هادىء والنفث مخاطي صمغي غير متن غير ان الالم في القاعدة اليسرى
كان ثابتاً مع نهج (dyspnée d'effort) خفيف. وبدت ايضاً علامات التهاب
قشرة البلورا في القاعدة اليسرى . فحص المريض بالاشعة مرة ثانية وكادت
تكون النتيجة سلبية . وكشف في النفرة عن قليل من الآحين والنبلة
(indican) . عادنا المريض في ١٩ آب ناقها ولم يكن وزنه الا ٦٩,٥ كيلواً
وقد عاوده النفث التنن

ان هذا الخراج بسيط غير انه يدعو الى بعض الملاحظات . فان فقدان
العلامات الشعاعية ووجود العلامات الاستماعية دليل على عدم تكون

مجمع قيجي بل على موات مستتر احفر في الرئة حفرة يصعب تعيين حجمها . ولم يعتبر المريض شبه قيء ولا اعراض عامة . تعالج هذه الحراجات عادة بحقن الوريد بالارسنوبنزن متى ثبت ان عاملها بريعات بزاسون وشغوان (Bezançon et Chegoin) ويمكننا ان نقول عن هذا الحراج الذي يظهر سببه واضحاً ان لم يقم دليل على كون بعض الكهوف الرئوية متحولة او وافدية .

ان فرضية بروله (Brulé) معروفة وهي القائلة بوجود فوعة تحفر الرئة وتتأثر من الامتين . ومن المعقول الاعتقاد ان سبب بعض الحراجات التي برثت بالامتين كانت متحولة على الرغم من استتار المتحولات . غير ان ذلك لا يكفي لتعليل جميع الحراجات الرئوية المذكورة حتى الآن

انا نشك في السبب المتحولي في مريضنا لانه غادر كارفو (Carfou) منذ خمس سنوات ولكن أيقن لنا انكار داء المتحولات الرئوي مع كثرة التقيحات في الرئة اليمنى المجاورة للكبد مع ان الاستقرار في الرئة اليسرى لم يقع الا في حادثتين فقط من ١٦ حادثة ذكرناها . او لا يستنتج من ندرة التقيحات في الرئة اليسرى ان منشأ معظم الحراجات الرئوية متحولي ولم يذكر احد بعدنا خراجاً في الرئة اليسرى الا (بابله) في الهند الصينية فوقع الحراجات في اليمنى يحملنا على الظن بان منشأ هذه التقيحات كبدي ولا سيما متى كانت مستقرة في القاعدة .

حول استقرارات داء المتحولات خارج المعى

SUR LES LOCALISATIONS EXTRA-INTESTINALES
DE L'AMIBIASE

للدكتور دشيان « من مستوصف باستور »

ترجمها الدكتور شوكت موفى الشطي

بدأ كثير من المؤلفين بذكر استقرارات المتحولات خارج المعى منذ سنة ١٩٢٣ وهذه الاستقرارات تسبق داء المتحولات المعوي او تملؤه وهي التهاب اللوزات والقصبات والكلى والمثانة والاحليل والمرارة وفرضوا ان داء المتحولات مرض عام ذو اشكال عدة وما الزحار الا احد مظاهره حتى انهم لفظوا هذا التعبير « اتان الدم المتحولي amibhémie »

غير ان هذه النظرية لم تثبت ولم يدعمها الاختبار الطفيلي دعماً أكيداً وما الحراجات الكبدية والرئوية والطحالية والدماغية المتحولية وغيرها من الاستقرارات خارج الامعاء الا آفات انتقالية او منتشرة انتشاراً مقصوداً وقد ذكرنا سنة ١٩٢٨ على صفحات المطبوعات الطبية مع ملنوت (Melnotte) ان طبيعة بعض الالتهابات القصبية والمثانية والكلى والمرارية المتحولية لم تثبت بعد . وليس من الصعب اثبات ذلك بل يكفي تجهيز مستحضرات واطهارها او حقن الهرة بالمادة المشتبه بها « قشاعات ،

قيح، نفث، وغيره» ليتحقق الامر لان الشفاء بالامتين لا يمد دليلاً قاطعاً على طبيعة الداء المتحولية ايّاً كان نوعه . وقد تقصينا في اكثر من ٥٠٠ حادثة داء المتحولات فلم نعث على مظاهرات خارج المعى غير ان المشاهدات الثلاث التالية جديرة بالاهتمام :

المشاهدة الاولى : ذكر كاستكس وغرينوى (١٩٢٩) حادثة داء المتحولات القصي الرئوي كان الطفلي فيها مصاحباً للبريميات القصية (*treponema bronchialis*) وقد شاهدا في نفث مريضهما المتحولات الزحارية . غير ان هذه المتحولات قد تكون من نوع المتحولات الموجودة في الفم فل اجتب المؤلفان هذا الخطأ

المشاهدة الثانية : ذكرها غامبيه وهي عن كهل اخذ يبول دماً وقيحاً وينكو التهاب المثانة بد اصابتها بالزحار بسبعة ايام . وقد كشف المجهر في البول المتحولات الزحارية . ولعل سبب وجود المتحولات في البول افتتاح خراج زحاري صغير في المثانة وانتشار المرض قصداً لان قعر المثانة لا يتفصل عن الشرج الا بطبقة غشاء رقيقة وهو الغشاء الموتي الصفاقي (البروستاتي البريطاني)

المشاهدة الثالثة : نشرها سنة ١٨٣٠ فروالانو اذ شاهد في طالب طب مصاب بداء المتحولات المعوي التهاباً مثانياً وبولاً مدمى وكشفت المتحولات في بوله وقد حقن شرج الهرة بغائط المريض وبوله فبدا فيها الزحار . غير ان ما قلناه عن المشاهدة الثانية جائز في هذه المشاهدة .

ان المشاهدات الثلاث هذه لا تدل على كون داء المتحولات عاماً بل على تظاهراته التالية ولعل جهل الطفيلي دعا الى ذكر كثير من الاشكال الابتدائية لان تعيين المتحول صعب حتى على الاعين الحيرة فالبللمات الكبيرة - (macro phages) المحشوة ككريات حمراً تشابه المتحولات كثيراً . وقد تشابه بعض الكريات البيض والعناصر الخلوية المتحولات وافضل طريقة لمنع هذا الالتباس هو تلوين المستحضر بالهيماتوكسيلين الحديدي . ولنذكر

العناصر التي قد تشابه المتحول :

الكثيرات النوى : تمتاز عن المتحول بنواها المفصصة وتركيبها المحب وحركتها السريعة الزوال ومجمها (١٢ - ١٥) ميكرونًا فان مقاييسها اقل من مقاييس المتحول وتلون المستحضر يزيل الشك لانه يصبغ النواة جيداً فتعرف انها من نموذج الكثيرات النوى

الوحدات النواة والبلعمات الكبيرة : تلتبس هذه العناصر بالمتحول ولا سيما متى فحست وهي نضيرة لان الحجم واحد وقد تبتلع البلعمات الكريات الحمر وقد تكون النواة صغيرة بالنسبة الى الهيولى كما في المتحول . غير ان الامر الفارق هو كون نواة البلعمات اكبر من نواة المتحول واقل انتظاماً واستدارة . وتلون الخلية يفضح الامر اذ تعرف صفات النواة

الخلايا البشرية «الابشالالية» : قد تشابه بعض خلايا الشرج التي تصادف في النجوة وبعض خلايا النعم البشرية وخلايا جهازى البول والتنفس في بعض الاحيان المتحول بمجمها غير ان التلون يجلو الامر

الحلم : «الحيوانات الابتدائية» : قد تشابه بعض ذوات السوط (flagellés) المعوية والقموية او المثانية كالديديات المشعرة (trichomonas) المتحول متى زالت استطالاتها غير ان حركة هذه الاستطالات موجية مختلفة عن حركة المتحول السابحة وقياسها لا يزيد عن ٧ - ١٥ ميكرونًا وبناء نواها مختلف عن بناء نواة المتحول والتلون يساعد على تمييز النوعين .

ويجب بعد ان تبين لنا ان العنصر المفحوص متحول اثبات كونه متحولياً

زحارياً لأن هناك عدا المتحولات الزحارية لتحولات لثوية قد تشاهد في القشاعات . ويختلف هذا المتحول عن الزحاري بصغر حجمه قليلاً وباحتوائه في الغالب على نوى كريات بيض آخذ بهضمها وهو بالغ للدم . غير أن الفحص بدون تلوين يظهر فقدان الصباغ الحضائي في العناصر المهضومة والتلوين بطريقة رومانوسكي يظهر أن العناصر المدرجة ولعة بالاساس وليس بالحامض كالكريات الحمر ويجب في كل حال فحص القم والبحث عن المتحولات اللثوية فيه

وليس شفاء بعض المرضى بالامتين دليلاً قاطعاً على طبيعة امراضهم المتحولية لانه ثبت أن الامتين نافع في النزلات ونفث الدم وفي التهاب القصبات الحاد او الحظير او الثن وفي خراجات الرئة غير المتحولية ومواتها والدليل القاطع على كون المتحولات سبب الامراض المذكورة هو كشفها وهذا لم يتم حتى الآن بصورة لا تقبل الجدل والشك فلا يعقل والحالة هذه ان نعد داء المتحولات مرضاً عاماً وان الزحار احد مظاهره بل يجب ان تبقى الفرضية القديمة ثابتة وهي كون داء المتحولات معوياً قد ينتقل الى اعضاء اخرى بالملاسة او بالانتشار المجاور او بالاتقال .

مشاهد داء المتحولات المزمن ومعالجته

ASPECT ET TRAITEMENT DE L'AMBEIASIE CHRONIQUE

ملخصة عن مقالة للدكتورين أوري وغودار

بقلم الدكتور شوكت موفق الشطي

يقول رافو (Ravaut) ان داء المتحولات منتشر انتشاراً عظيماً ويجدر بالاطباء ان يفكروا في كل شخص مصاب بالتهاب المعى او الكبد ولو لم يغادر فرنسة ولم تسبق اصابته بعوارض زحارية ولم يشاهد في برازه متحولات او غلف وينبغي ان يعالج معالجة تجريبية « هذا ما يقوله رافو عن البلاد الفرنسية التي لم يعرف الزحار فيها قبل الحرب ولا يلائم اقلية المتحولات فاقوله في بلاد كسورية موبوءة منذ القدم والوسائط الصحية فيها مفقودة » ومن الخطأ جعل كلمة الزحار مرادفة لداء المتحولات لان الزحار احد مظاهر الداء المذكور ولا يبدو في الحالات المزمنة الا نادراً . ولا يخفى ما لداء المتحولات من المظاهر الكبدية والرئوية والكلوية غير اننا نبحث اولاً عن الشكل المعوي المزمن .

يبدو داء المتحولات المزمن في الغالب بشكل التهاب القولون المزمن الذي يمتاز عن التهاب القولون العادي بسببه الطفيلي ، وبالانارة الداخلية وبمعالجته

الاسباب : يقسم المرضى اربع زمر : ١ - مرضى اصابوا بالزحار وعولجوا ٢ - مرضى قاطنون لبلاد موبوءة ٣ - مرضى لم يسكنوا بلاداً موبوءة بل كانت لهم صلة بسكان تلك البلاد ٤ - مرضى لم يصابوا في سابق حياتهم بما

يحمل الطبيب على الشك في الزحار غير ان المخبر او الانارة الداخلية او المعالجة الاختبارية ابدت الاصابة .

ويظهر ان مرضى الزمرة الرابعة كثيرون تم العدوى فيهم بتجمع المتحول المنتقل الى الماء بالأيدي الملوثة او الى الأتعار او الماء كل والمشارب . ويظهر ان كثيراً من حملة الطفيليات لا تظهر فيهم اعراض زحارية مطلقاً او انها تظهر بعد عهد طويل ويذكر اوري وغودار حادثة مريض لم يشخص مرضه الا بالفحص المجهرى وبعد اثنتي عشرة سنة وكذا مريض آخر حمل المتحولات سبع سنين من دون ان تبدو فيه اقل العلامات . ويذكر حملة الجراثيم غلف هذا الداء فينشرونه في كل مكان مع انهم خلو من اعراضه

الاعراض : يبدو الزحار باعراضه المعروفة فلا حاجة الى ذكرها اما اعراض داء المتحولات المعوي المزمن (التهاب القولون المتحولي المزمن او الحفي) فخفية وغامضة ولا يشكو المرضى سريراً تناذراً زحارياً مطلقاً بل :

١ - اعراضاً معوية تتصف باحدى العلامات الآتية

أ - اسهالات مستعصية معتدلة الكمية ولكنها مستمرة .

ب - اسهالات غير منتظمة تقع بعد الطعام، قولنجات او انشدادات معوية

ج - امساكاً وذرباً متعاقبين والتهاب الشرج الجاف

هـ - قبضاً مستعصياً وآلاماً في الحفرة الحرقية وفي اسفل البطن

وقد يظهر لدى الفحص قرقرة (gargouillement) اعورية او صلابة

قولونية او يكون البطن طبيعاً في الغالب

٢ - اعراضاً معدية وكبدية تختلف من عسر هضم بسيط حتى الحزة

الشرسوفية والعصابات الشمسية، وألم الكبد البسيط، والكبد المحدودة واليرقان الخفيف وعلامات قصور الكبد الخفيفة

٣ -- الاعراض العامة: فاقة دم، نحول. حتى لا نظام لها، وعكة، صداع، قه، نهكة عصبية اغذية (asthénie neuro-endocrinienne)، نهكة روحية خفيفة

اثارة التخرج: يختلف المنظر من غشاء مخاطي طبيعي الى بشرة مستورة باغشية خناقية الشكل تعد علامة واسمة (pathognomonique) ولما كانت آفات البشرة الشرجية قليلة وجب تحريها بدقة زائدة وهي تبغ (hyperémie) او احتقان (ركود الدم) يجعل لون الغشاء المخاطي وسطحه موزماً وقد تكون البشرة في بعض المناطق ملساء لامعة وصدفية. وقد يرى الغشاء المخاطي شاحباً وعليه نقاط زرقية وارتسامات وعائية او قروح صغيرة قليلة العمق. خناقية الشكل او ندب قروح سابقة. وتدل السحائب الندية الملساء الميضة على قروح مندملة وقد لا يبدو اثر في البشرة على الرغم من حمل المريض للتحويلات

فحص النجو: البراز كأنه مفرغ في قالب، دودي او مخاطي قليلاً في السطح وقد يكون البراز مخاطياً مدمى او زفياً او سائلاً كما في الذرب. ويقول بعض المرضى ان نجوهم شبيه بمسحوق البطاطا او كخثي البقر

ويجب ان يكون النجو المراد فحص المتحولات فيه حديثاً وان يبرزه المريض في المخبر ان امكن وان يكرر الفحص مراراً، وان يعطى المريض مسهلاً اذا كان يشكو القبض لان الغلف لا تظهر في نجو المسكين الا قليلاً

ويجب ان يكرر البحث عن الغلف مراراً اذ قد تعثرى المريض فترات لا يحوي نحوه فيها غلفاً :

ويستتج من هذا الفحص احد الامور الآتية :

- ١ - قد تكون الفحوص الطفيلية والمنظارية ايجابية فتشخيص داء المتحولات قطمي حيثئذ
- ٢ - قد يكون الفحص الطفيلي ايجابيا وهذا كاف لوضع التشخيص الاكيد ايضا .

٣ - الفحص الطفيلي سلبى غير ان الآفات الشرجية موجودة واستذكارات المريض والمداواة التجريبية تكون كافية لوضع التشخيص والتمييز ما بين التهاب القولون والشرج المتحولي والتهاب القولون والشرج المزني .

٤ - اذا كان الفحصان الطفيلي والشعاعي سلبين فالمداواة التجريبية تعين التشخيص ولا يكون التشخيص قطعياً لان هذه المعالجة قد تفيد في التهابات القولون والشرج غير الزحارية ايضا

المعالجة : دقيقة ومديدة تستمر اشهرأ وسنوات وتفصل بفترات مدتها بضعة ايام او بضعة اسابيع لان المتحولات تقاوم وتتكيس ثم تعود الى الظهور فيجدر بالطبيب ان يعالجها بدون انقطاع

يعالج داء المتحولات بثلاثة ادوية تستعمل معا او كل منها على انفراد .

١ - عرق الذهب ومشتقاته .

٢ - الادوية الزرنيخية

٣ - الادوية الايودية

١- عرق الذهب ومشتقاته : يعطى الامتين بمقدار ٠.٠٣ ، ٠.٠٤ كل يوم بضعة ايام وهو افضل الادوية في النوب الحادة . غير انه لا يجوز الالتجاء اليه الا اذا خابت المعالجة بالادوية الاخرى او كانت الحالة تقتضي الاسراع ونلحذر من استعماله بطريق الوريد على الرغم من قول اغي في مؤتمر القاهرة بانه استعمال الطريق الوريدي الافا من المرات ولم يقع طارىء

يستعمل الامتين في الحالات الشديدة بمقدار ٠.٠٨ على مرتين في اليوم . ومن الافضل اشراكه بالزيت المكوفر منعا لنهك القلب والعروق وكذا معجون رافو (Ravaut) (مسحوق الفحم، تحت ازوتاة البزموت شراب ، غليسرين من كل مائة غرام، مسحوق عرق الذهب ٤ غرامات) فانه مفيد جداً في الحالات المزمنة واما حبوب سفوند (Second) (مسحوق عرق الذهب ٥٠٠ ، زئبق حلو « كالومل » ٠.٠٢ ، خلاصة الافيون ٠.٠١) فنافعة ايضاً ، لقد ترك معجون رافو مع انه علاج لا محاذير منه سوى بعض الغثيان في الاشداء التنبه ويحسن اشراكه بالسوفرسول وقد اعتدنا ان نصفه حسب الترتيب الآتي (يعطى المريض طيلة اربعة اسابيع في كل يومين جتين على الريق صباحاً ويعطى في اليومين الآخرين ٣-٤ ملاعق قهوة من معجون رافو)

٢ - الزرنيج يستعمل الستوفر سول او النوفو آرسنو بنزول متى خاب العلاج المذكور . ويجب في هذه الحالة مراقبة الكبد مراقبة جدية . وقد ركبت ادوية كثيرة من السلسلة الزرنيجية كالترسنول (narsénol) والسنبوليول (sanluol) والتربرسول وتستعمل هذه الادوية بطريق الهضم ويوصف الاستيلرسان (acétylarsan) حقناً

٣ - المركبات الايودية في مقدمتها الياترن (yatrène) ويودور الامتين والهزموت المضاعف . ويقول رافو باستعمال محلول اللوغول (solution de Lugol) . يستعمل الياترن حبوباً ومسحوقاً وفي برشامات وحقناً بشكل محلول نسبته $\frac{3-2-1}{100}$ وهو ملين وقاتل للطفيليات

يؤثر الياترن كمفرغ للبلغم فتجهم منه اسهالات غزيرة تسكن بقليل من اللودنم او صبغة الافيون او الكاولين . وقد لاحظنا ان الياترن لا يحدث لنا الا في المستعدين لان المصابين بالقبض لا يتأثرون منه ولو اخذوا مقادير كبيرة . والافضل ان تعطى مقادير صغيرة ثم تزداد حسب طاقة المريض اما في الاولاد فيستعمل السوثارسنول (sulfarsénol) والاستيلرسان (acélytarsan) والامتين (سنتغرام لكل سنة من العمر) والريفانول والريفانولت والياتران

وذكرت ايضا علاجات اخرى كالكرشي (Kurchi) (خلاصة قشوره) وهو نافع بقدر الامتين

والاورومتين (aurométine) والاميبيازين (amibiasine) (خلاصة الغارسينيا) (garcinia) وهو قاتل للطفيليات ومضاد للاسهال والبالزومتراكرازول (benzométracérésol) في داء شعريات الرأس (tricocephalose) المشارك لداء المتحولات

والحسام (El-kho-sam) والهيجاروبا وغيرهما ويجب ايضا معالجة الحالة العامة بالراحة وبالاغذية والامتناع عن الاغذية غير المطبوخة ويجب ان يقطن المريض في الصيف الاماكن الباردة والمترفعة

كتب حديثة

١ -- على بساط الريح :

اهدى الى خزانة جامعتنا السورية صديقنا المؤرخ الأستاذ
عيسى اسكندر المعلوف هذه التحفة النادرة فرغبنا في ان
يكون تقريلها لايقاً بمقامها الادبي ورجونا من السيد انور
الطار شاعر شباب دمشق الرقيق ان يقول كلمة فيها فاذا
بتقريلها تحفة في النقد نادرة واذا بروحه الشعرية تناجي
روح فوزي الطائرة في نضاء الابدية فنحن نشكر للمهدي
الكريم هديته الثمينة وللمقرض المبدع آياته الساحرات
« المجلة »

«... وفوزي معلوف استطاع بن عجب ان يتقل
في قصص آياته الذهبي ، الطائر البري النادر ، طائر ذو
ريش من الخيل الناعم الاسعم ومنقار من الصوان
وعينين من المقي وقد نقأ مقلتيه كما تقأ مقلتا البابل
ليزداد شجوه شجوا وترديده عنوبة »
(فرنيسكو فيلاسباسا)

على بساط الريح او « شاعر في طيارة » قصيدة علوية ذات اربعة عشر نشيداً وقّعها على
رباب الفلك الشاعر الشاب فوزي المعلوف فجاءت نعمة سماوية مطلعها السّحر ومقطعها الفتون
وهي تمثل غيبوبة شعرية عجيبة حملت صاحبها الى معارج السّاء فتفتّحت روحه هناك على الجمال
الرائع والجلال المهب كما تتفتّح ازهار الورد في حقول الربيع فتترع الجواء عبثاً وعطراً .
وتظهر لك هذه القصيدة العريقة في الفن ما لنا سبجها من قوة في الخيلة ، ودراية في
الاسلوب ، وتصرف في شعاب القول ونواحيه ، وهذه هبة من هبات آلهة الشعر تدل
على ما لصاحبها من خيال مبدع وسحر عجيب ، وتمحو من امام عينيك صورة هذا العالم
وما فيه من فحيح الشر وصخب الاثم ، ثم تنقلك الى عالم وادع هاديء عناصره الرحمة .

والحب والجمال ، فتحسُّ كأنما انت غائب عنك وكأنما هذه النقلة الساجية تزعت منك كل الاهواء والآلام وطبعك بطابع الفضيلة وحب الخير ومثل هذا الخيال المبدع قادر على ان يرينا مَثل الانسانية الا على ومحبتنا به . واقدس واجب على الشاعر وهو رسول الانسانية في هذه الحياة ان يرسم لنا صورها ومناهجها بأسلوب محبب يضمُّ في حواشيه المعنى القويم يعضده اللفظ الساحر .

ويلوح لك وانت تقرأ هذه القصيدة الغنائية ان لا يدَّ للشاعر في صنعها وانما هي من عمل الوحي وصنع الالهام وليست هذه الفكرة بالطائشة لان هذه الصفة النادرة تنفرد بها طائفة العبقريين وأبناء الفنون ،

فلقد كتب (جوت Gœthe) الشاعر الالمانى الخالد ، كتابه الفرد « آلام فرتر : (les souffrances du jeune Werther) وهو في شبه غيوبة فلما رجع الى مسوداته وهو في تمام وعيه أخذته الروعة فانهر من آيات الفن التي ألفها بين يديه .
ولقد كان (ولتر سكوت : Walter Scott) يستفيق مع الفجر فيلجج اوراقاً مبنوثة على سريره قد انتقشت عليها قطع شعرية هي ابداع ما جادت به قريحته ولكنه لم يكن يعلم من اين اتته ولا كيف جاءت .

هذه هي سعادة الفن ومن هنا انحدرت الى القلوب قداسه والشعور بمظلمته .
والفرق بين ابن الفن الحقيقي وابن الفن المصطنع ان الاول يرضي الالهة ولكن الثاني يرضي سواد الناس ، ذلك صنعة وحيه وهذا من عمل غيره ، ولذلك نرى الزمن يحمل إرث الاول بحرص وأمانة ويسلم وديته الخالدة من جيل الى جيل ، ولن يحرص الزمن على شيء لم يكن من عمل الفن .

أجل ، انك لتقرأ هذه القصيدة فتحسُّ كأنما هذا الشاعر أخذ بيدك وطار بك حيث يطير وأراك ما يرى وجمالك تشعر بما يشعر ، وهذا هو البيان بعينه ، ولكنك بعد هذا كله تضطرب إشفاقاً على هذا الشاعر وتنسى نفسك وما يساورها من ألم ثم تبكي بكاءً مرأً لان هذا الشاعر ينيئك وهو في حومانه الروحي بموته العاجل وهو في زهو شبابه وريبع امانيه مضطرب وتشعر بالوحشة القاسية تحزّ في قلبك وتقتصر نفسك ثم تبكي حظ هذا الشاعر وتندب أمله الذي ما تألقت زهرته حتى ذبلت وتناثرت غلائلها وطاحت في هوة الفناء وظلمة العدم .

فاستمع الى الشاعر وهو يقص عليك آخر حله ومحدثك عن وقفته بقلب السماء مع
عروس اشعاره يملآن من قبل التوديع وضمات الفراق قبل ان ينتهي هذا الحلم القصير
فنتهي به حياته وتعود روحه المثقلة بالهم والمذاب الى قفصها الهولي .

موقف لا يمثل الفكر أبهى منه ، في نومه وفي يقظاته
إذ جلسنا على بساط من السحابة -- بيفوح الغرام من جنباته
والنسيم العليل فوق لظى اذ فاسنا ، ساكب ندى نغماته
وعذارى الارواح تنشد من بعد -- مد بصوت ، الله في نبراته !
رافقه قيثارة الحب فانسِلْ -- أنين الأوتار في نغماته
فاتقلنا الى فضاء من البعد -- رآن ، هاروت فيه بعض حاته
وملائنا من لفتح قبلتنا الجو -- فعاتت بالنفخ من قبلاته
ثم قنا نجيل في الكون أجاراً -- أرتنا منه حقيقة ذاته
تنظر الناس من علٍ مثلما تنظر -- نملًا يمشي الى غزواته

وهنا ينتهي الحلم فيستفيق الشاعر منه حزناً حريباً وهو لا يملك نفسه من التحسّر
والتللف على تلك الدقائق الساحرة التي مرّت في خضمّ من الخلود ثم تقرأ خاتمة
القصيدة بصوت يكاد يزحم سبياه الدمع فتدرك نهاية الشاعر المحزنة فقف عن القراءة
ولكن شفتيك لا تزالان تردّان هذين البيتين :

وإذا بي أهوي الى الارض وحدي بعد حرتي أكابد رقاً .
تركتني روحي وعادت لماؤا -- هاتشّق الشماع في الجو شقاً
ثم يستقلّ الشاعر أجنحة الابد ، ويغيب في سجون الغيب كيما يقشع حجب الموت
الداجية ويبحث عن النسيان الابدي والسلو العميق .



انحدر شاعرنا الشاب الى الوجود من أسرة عريقة في العلم والادب ، وأطلّ على العالم
من كوة مدينته الشعرية (زحلة) عروس لبنان ومهبط السحر والالهام ، وهناك اخذت
تنفتح طفولته الحاملة على حب الطبيعة والاصفاء الى خواجلها ومواجيها فكان حظه من
الطبيعة اقرب ما يكون الى حظ (جان جاك روسو : Jean-Jaques Rousseau)
منها فهم بها هياماً ملحاً واقتبس منها كل رائق وجيل .

ولما ترعرع قصد الى بيروت وتثقف في جامعة راقية من جامعاتها ثم سرت اليه عدوى
المهاجرة التي خلقتها الحرب وماتلده من ويل وشؤم، فابحر الى العالم الجديد وهناك من
حجاب الغيب كان ينظر الى وطنه النائم على قدمي الشرق فيتحرق شوقاً اليه. وتلتمع
في ذاكرته المتوقدة صور طفولته وألوان صباه فيسجد امام الارز الخالد ويمائق
صنن الشيخ ويقبل سهل البقاع الموشى بما في الف ليلة وليلة من اصبغة والموان وأخيلة
وصور، ويتذكر شروق الشمس وغروبها وعودة القطيع يسير على هدفة الناي الساحرة
التي تبثها صافية عذبة أنفاس الرعاة الملتهة بالحلب، فكانت هذه الذكريات القاسية التي
توحيا اليه الغربة كافية وحدها لان تخلق من روحه العالية شاعراً خالداً، خصب
الخيالة، طويل النفس، فألف هناك في المهجر إضمامة ادبية هي من ادوع الفن واسماء
وله غير قصيدته الكبرى (على بساط الریح) وغير مأساته الباكية التيميلية التي انتزع
عنوانها من الاندلس الحبية واسماها (سقوط غرناطة) اربعة دواوين شعرية قدوة وهي:
« شعلة العذاب » و « تأوهات الروح » و « اغاني الاندلس » و « من قلب السماء » وستخذ
هذه الكتب من ناحيتين بارزتين غمستين في الفن وهما ناحية المعنى وناحية اللفظ التان
ما اجتمعا لأديب الأكفلة له الحياة التي لا تلم بها الغير ولا يلحقها الفناء .

وبعد موت هذا الشاعر خسارة على الادب العربي لانه اقوى شعراء الشباب مخيلة
وانصهم ديباجة واقدروهم على تصوير ما يحسه في عالمه النفسي الصغير الذي هو صورة
مقتضبة لهذا العالم الكبير وما يتألق فيه من حياة واشراق . كل ذلك بلغة نقية عذبة تدل
على تضلع صاحبها منها، ويمت فوزي المألوف بأدبه الى (المذهب الابداعي : le ro -
mantisme) وهو من مؤسسي المدرسة الادبية الجديدة التي اخذت تمسيد للادب
العربي زهوهم ومجده .

ولفوزي المألوف وقوف على اللغة الاسبانية وآدابها وقد انتزع من تاريخها الادبي مغزآته
التيميلية المؤثرة وقد اشددت آصرة المودة بينه وبين المستشرق الاسباني والشاعر الكبير
(فرنسيسكو فيلاسباسا) وقد كشفت له هذه الصداقة عن عبقرية فوزي ونبوغه فتعلق به
ونقل قصيدته الكبرى على بساط الریح الى اللغة الاسبانية وجعلها فاتحة لحب جديد أخذ
ينمو بين العرب والاسبان

عاش شاعرنا الشاب تسعاً وعشرين سنة ومات في فحوة العمر كما مات الشاعر العربي الشاب

(طرفة بن العبد) وفي نفسه من العطر والحب والحياة والنور ما في حدائق الشرق المسحورة منها . على انه كثيراً ما أشار في اشعاره الى شبح الموت الذي ينتظره ولقد صحّت نبوءته عن هذا الموت العاجل كما صحّت نبوءة (الفرد دوموسه) الشاعر الفرنسي عن موته، ولعلّ لبنان معيد الى ارض الوطن الغالية المقدسة رفات هذا الشاعر الذي ولد وعاش ومات كقراشة في خيلة ما نقشت احلامها على جناحيها حتى تحاطفتها الريح وحلتها الى دياجر الفناء وفي التاسع عشر من شهر تشرين الثاني سنة ١٩٢٩ أصيب فوزي بوجع مذهب نقل على اثره الى احد مستشفيات مدينة (ريودي جانيرو) وأجريت له عملية جراحية لم تمهله أكثر من ثمانية واربعين يوماً وهو في صراع شديد بين الموت والحياة حتى تمت الغلبة للموت في اليوم السابع من عام ١٩٣٠

أجل ، ان فوزي لم يمّت ولكنه نائم نوم الطمأنينة ، وتراب القبر ما انهار عليه الا ليفتح لروحه سبيلاً الى السماء لتوقع اناشيدها التي لم تنظم بعد مع الملائك .

قيمة الكتاب من ناحية الفن : وشاء القدر ان تردان المكتبة العربية تحفة ثمينة من تحف الفن النادرة تضافت على خلقها المثل العليا فجاءت آية في الابداع .

وأحسب اني ذاهب كما اقول لك ان هذا الكتاب شبيه بالكاتب المقدسة والمكتبة العربية لم تحوّر بعد نظير هذه الكتب الفنية الغالية ، اذ لست قادراً على ان أحدثك عن روعة الكتاب وآيات الفن فيه ، فاقرأ الكتاب وادّخره فهو زينة في خزانة كتبك .

وكيف لا يكون هذا الكتاب من عمل الفن وحده وقد تسابق الى ابداعه اربعة من

جهاذة الفن ، فالشر كما تعلم من نظم الفقيه الغالي فوزي الملوّف ، والمقدمة بقلم الشاعر

الاسباني الكبير حبيب الشرق (فرنسيسكو فيلاسباسا) ورموز القصائد المصور الروسي

(ألي إيجناتوفتش) ورموز العناوين للرسام البرازيلي (سبت)

ولشدّ ما يحزنك ان تعلم ان هذا الشاعر الشاب لم ينعم بتأثير كتابه الجديد في ابناء قومه

وغيرهم . ذلك لانه بينما كان جاداً في اظهار هذا الكتاب الى الناس ، ولم يبق منه بلا

طبع غير نشيدين اثنين ، اذ فاجأه الموت ، فاعمّض عينيه وهو اشد ما يكون تعلقاً بالحياة

ورغبة في بثّ ما يكنه صدره من سموّ الخيال وروعة الفن .

لقد كان فوزي شديد السخط على قيود المدينة ، نافعاً من جور شرائها القاسية يشعر

بحرّية روحه وقيود جسمه وليس بعداً شاسعاً بينهما فيكابد مرارة هذا البعد الذي يعذبه

ويقاظه لانهماء امتزجا الايتقاربا ، وهذا الشيد الذي اقامه اليك يَمَثَلُ لك هذا الصراع :

انا عبد . الحياة والموت أمشي ~~مكراً~~ من هودها لقبوره
عبد ما ضمت الشرائع من جورٍ يخطئ القوي كل سطوره
يراعٍ دم الضعيف له خبر ونوح المظلوم صوت صريره
أنا عبد القضاء تملأ نفسي رهبة من بشيره ونذيره
عبد مالي . أحظى به بعد جهد فاذا بي أنوء من ثقل نيره
عبد حيي ، ازلته في فؤادي فكوى أضلعي بنار سعيه
انا في قبضة العبودية العمياء أعمى مسير بفروره
إن جسي عبد لعقلي ، وعقلي عبد قلبي ، والقلب عبد شعوره
وشعوري عبد الحسي وحي هو عبد الجمال ، يحيا بنوره
كل ما بي في الكون اعمى ومنقاد — على رغبه لأعمى نظيره
غير روحي فالشعر فلان جناحيها — فطارت في الجو فوق نسوره
تنتحي عالم الخلود لتجيا حرّة بين روضه وغديره ١١١

فاذا ما قدر لثل هذه الروح الحساسة الشاعرة ان تنجو من مثل هذه القيود المضّة
فقد فازت بكل ما وراء هذا الماكوت العجيب من السعادة الخالدة والأمل الذي
لا يخامره يأْس ، والهناء الذي لا يحكره شقاء .

ان كتاب (على بساط الرنج) يمتاز برقة اللفظ وحسن التخيل وفيه تطالع الجديد
من المعنى يهيم على القديم من اللفظ وتشعر بالحياة تتخلل شجابه في كل كلمة من كلماته
وهنا تدرك معنى كلمة الشاعر الفرنسي (فيكتور هيجو : Victor Hugo) «إن»
كل كلمة تعرفها ان هي إلا حي يعيش»

واري ان فوزي المملوف شديد التعلق بوصية الشاعر الفرنسي (أندره شينيه :
André Chénier) حيث يقول : «لننظم الانكسار الجديدة في الاشعار القديمة»
ويقصد بذلك الى صون اللغة وحرارتها حتى لا تتجحي الفاظها من أخيلة ابنائها لانها
وحددها الميراث المقدس الذي تبني عليه كل امة أملها ومجدها .

فأندره شينيه يريد صون معجبات اللغة وهو يعلم انها أغلفة الفكر حتى لا يخدر اليها
الريب والشك . ويريد من ابناء أمته ان يحلقوا من هذه الالفاظ الجميلة الساحرة كل

شيء يحسونه ويشعرون به على أن يبقى هذا الميراث الفخيم معزراً بالافسكار الجديدة والأخيلة الطريفة وهذه الصفة وحدها هي التي سمت بالأديب الفرنسي الكبير (اناتول فرانس : Anatole France) وجعلته من الخالدين .
أجل ، ليس يخلد الفكرة الجميلة غير اللفظ الجميل ، وشاعرنا البحري يقول :
واللفظ حلّى المعنى وليس يريد -- لك الصُّفر حسناً يربكه ذهبه



رَحِمَ اللهُ شاعرنا الشاب ، وألهم إياه الأستاذ عيسى أسكندر المعلوف الصبر وكان
لهذه الامة المفجوعة خير مؤيدٍ ومعين
انور المطار

٢ - رسالة الطب العربي

كراس يقع في ٤٣ صفحة بقطع الثمن لمؤلفه الدكتور زكي علي طيب بمستشفى قصر
العربي متقن الطبع صقيل الورق مزين برسم الرازي وابن سينا جاء فيه مؤلفه النطاسي
الاديب على ذكر الحضارة العربية ولا سيما الطب في صدر الاسلام وما كان لهذه الحضارة
من التأثير في حضارة الغرب الحاضرة ثم تكلم عن مصادر الطب العربي فذكر مدرسة
جنديسابور التي تعلم فيها الحارث بن كلدة اول طبيب عربي وعن العصر الذهبي وهو القرن
الاول للدولة العباسية وعن مشاهير المترجمين فذكر يوحنا بن ماسويه وحنين ابن اسحق
وعيسى بن علي وتكلم بعدئذ عن مشاهير الاطباء فذكر جابراً بن حيان الكيلوي
وابا يوسف يعقوب بن اسحق الكندي الفيلسوف المشهور وعلياً بن رين مؤلف «فردوس
الحكمة» وابا بكر محمد بن زكريا الرازي ذلك النجم اللامع والمؤلف المدقق الذي
وضع ٣٣٣ مؤلفاً في الطب وعلياً بن عباس الجوسي والرئيس ابن سينا الذي عمث شهرته
ارجاء العالم ولا يزال قانونه فخراً للعرب وعاد الى «مشاهير الاطباء في الاندلس» فذكر
ابا القاسم الزهراوي مؤلف «التصريف» وابن زهر وابن رشد وموسى بن ميمون
وابن البيطار وذكر المستشفيات العربية

وعبارة الرسالة متقنة صحيحة وبجائها مختصرة ولم يذكر المؤلف بين المراجع « تاريخ
الطب عند العرب » للمؤرخ العلامة عيسى أسكندر المعلوف. فنحن نشكر لزميلنا الاديب
هديته القيمة .

مجلة المعهد الطبي العربي

دمشق في كانون الاول سنة ١٩٣١ م الموافق لرجب سنة ١٣٥٠

مرض لا ئو بويرجي في فتاة مسلمة

للأطباء

ترا بو استاذ السريريات الطبية شوكة موفق الشطي استاذ التشريح المرضي

عزة مريدن الطيب الداخلي

في معهد الطب بدمشق

ان مرض لا ئو بويرجي نادر يصادف عادة في يهود اوربا الوسطى وقد كنا نؤمل ان نراه في يهود فلسطين بعد ان قدموا اليها من ديار الغرب ساعين وراء تحقيق حلمهم الذهبي الا وهو الوطن القومي وعلى عكس ما كنا نظنه فقد صادفنا المشاهدة الاولى منه في فتاة مسلمة، فاثبتناها لندرة المرض واختلاف الاراء في سببه .

ف . . . بنت مصطفى سورية عربية مسلمة عمرها عشرون سنة من يبرود ، دخلت مستشفى المعهد الطبي الدمشقي في ١٦ كانون الاول من السنة ١٩٣٠ شاكية اضطرابات اعتدائية في البدين والقدمين ، ظهرت منذ اربع سنوات وقد بدأ مرضها بنمل (١) في اصابع

(١) نمل من باب فرح خدد

الدين والقدمين وحس احترق لم يلبث ان استحال آلاماً اخذت تشد شيئاً فشيئاً .
ولاسيا في اثناء الحركات وفي الليل . وقد شاهدت المريضة منذ شهر ازرقاقاً في خنصر
يدها اليمنى امتد الى البنصر المجاور فالوسطى وظهرت ايضاً في الاصبع الوسطى من اليد
 اليسرى اضطرابات اعتدائية مشابهة لاضطرابات اليد اليمنى .

وبدت في اصبع القدم اليمنى الصغيرة لويحات موات . ثم اخذت هذه الاضطرابات
ترداد في كل ناحية

وبدت بالشهد التالي :

اليد اليمنى - تفحم الاصابع الثلاث الاخيرة - ازرقاق الابهام والسبابة
اليد اليسرى - تفحم الخنصر والوسطى والسبابة حتى المفصل السلامي .
ازرقاق البنصر والابهام .

القدم اليمنى - شغريتا الاصابع الاربعة الاولى .

القدم اليسرى - ازرقاق الاصبع الكبيرة مع بعض لويحات زرقاء في
الاصبع الثانية .

وخفت المريضة فحماً عاماً فتشاهد ما يلي : الرئتان طبيعتان ، القلب دقاته سريعة
(١٠٤) وليس فيها ما يدل على مرضه ، الكبد ليست مؤلمة وحجمها طبيعي ، الطحال
لا يشعر به بالقرع ، الجملة العصبية سالمة ، الحس مفقود في النواحي الميتة ناقص في ما
يجاورها

البرز القطني : استخرج سائلاً صافياً انصب قطرة قطرة فيه ٢٠، سغ آحين (البومين)
و ٣٠. ستغم سكر وخلية واحدة في الملم ٣ ، واما تفاعل الجاوي الغروي وواسرمان
فسلبيان ، الصيغة الكروية وعدد الكريات طبيعان ، السكر الدموي ٠.٩٠ ستغم واما
شحم المرة (كولسترين) ٤.٣٠ غراماً (الاستاذ الجندي)

وليس في البول سكر ولا آحين ولا اجسام خلوية (c. acétoniques) ولا ملاح
ولا حوامض صفراوية ولا صفراوين البول (urobiline) ولا اسطوانات بل بعض النيلة
والسكاتول وكثير من بلورات حمضات الكلس .

ولم يكشف رسم الالدين والقدمين الشعاعي آفة عظيمة ظاهرة بل شهد ان سلاميات
الاصابع التي احابها الموات ادق من غيرها قليلاً (الاستاذ طاهر بك) .

وقد استنتجنا من استقراء حال المريضة انها مع كونها مسلة كانت تستعمل نحواً من ثلثي اللتر من الحُر يومياً منذ ثلاث سنوات املأً بقوة بانيها الضعيفة ، وقد اصابتها نوب بردائية (ملاريا) في اوقات مختلفة لانها تقطن بيئة موبوءة بالبرداء ، واما فحص الدم فلم يكشف لنا شيئاً من الحيويينات الدموية، واعترتها في ماضيها قولنجات كبدية كانت ترافقها او تتلوها محجات يرقانية ، وليس فيها ما يدل على زهري ارثي او اضواء (consan-guinité) وقد انقطع طمثها منذ ستة اشهر .

سار مرضها في المستشفى سيراً سريعاً فانتشر اللون الاديكن انتشاراً سريعاً مشولياً على القدمين والساقين فالساعدين وظهر الازرقاق والغفرينا في ذروة الانف وفصيص الاذن اليمنى واحفرت الحشكريشات (escarres) الناحية العجزية والعقينية والمدورين الكيكرين (التروختارين) والمرفقين على الرغم من الحيلة الشديدة والمعالجة الصارمة (بالاستيل كولين والانسولين. والساتونين، ولجوناة الصوده ، والمداواة التجريبية النوعية) ، ولم تمكن من تشبع سير التهاب الشرايين الساد المضاعف بواسطة مقياس الضغط الشرياني لفاكر لوبري مدة طويلة كما ان مقياس الاهتزاز لـ (باشون) لم يعط ارقاماً واضحة بسبب ضعف الاهتزازات واليك نتائج القياس :

الادنى	الاقصى		
١٠	١٣	٢٠ كانون الاول	الساعد الايمن
٧	١٠	» » ٢٥	
٦	٨	» » ٢٨	
٤	٨	» » ٢٩	
٣٠ القياس مستصعب لان السكم كان يحدث آلاماً لا تحتملها المريضة			
٧	١٠,٥	٢٠ كانون الاول	الساعد الايسر
٧	١٠,٥	» » ٢٥	
٥	٨	» » ٢٨	
٤	٨	» » ٢٩	
٢	٨	» » ٣٠	
٨	١٢	٢٠ كانون الاول	الساق اليمنى

٦	١١	٢٢ كانون الاول
٥	١٠	» » ٢٥
٤	١٠	» » ٢٨
٢	٨	» » ٣٠
٨	١٢	٢٠ كانون الاول
٦	١١	» » ٢٢
٥	١٠	» » ٢٥
٤	١٠	» » ٢٨
٢	٨	» » ٢٩

ولم تعد المريضة تحمل الألم الذي يحدثه ضغط الدم اعتباراً من ٣٠ كانون الاول
فاذا تأملنا في القداد (الجدول) السابق تبيّن لنا أن التوتر الدموي هبط سريعاً كما لو كان
الدوران الدموي العام اوصد بعبور يزداد انغلاقه يوماً فيوماً .
واما اللويحات الزرق فقد تضاعفت وامت الاطراف حتى بلغت الركبتين والرفقين
وسقطت ذروة الانف وماتت المريضة في ٢٣ كانون الثاني

لم نشك مطلقاً في تشخيص مرض لاثوبوي رجه ، لان الالتباس لا يقع
الا بغنغرينا النهايات المتناظرة التالية لتناذر (رنو) اذ قد ينتهي هذا المرض
في دوره الاخير بالمشهد السريري نفسه ، غير ان العامل الايمراضي
(pathogénique) مختلف كل الاختلاف ، فان السير الاشتدادي يميز تناذر
(رنو) عن داء لاثوبوي رجه مع ان المرض في مريضتنا اخذ يزداد تدريجياً دون
ان يسير سيراً فجائياً او تظهر نوب غشي او اختناق موضعين ، بل ان سير
الآفات كان بطيئاً وتدرجياً كما يقع في الحالات التي تحدثها التهابات الشرايين
وان التحليل الذي ابان زيادة خفيفة جداً في سكر الدم وزيادة كبيرة في
شحم المرة (الكولسترين) لدليل واضح على ما نريد اثباته .

ان الغفريات التي اكتشفها حديثا الاطباء الروس والتي يعود سببها الى الشقاء والمجاعة بعد الحرب ، تنتج من اسباب خاصة لا دخل لها في حادثتنا . واذا تأملنا في قصة مريضتنا رأينا انها تمتاز بصفات جديرة بالذكر :

١ - ازدياد شحم المرة الدموي وبلوغه ٤,٣٠ مع انه لم يذكر في المشاهدات المثبتة حتى اليوم اكثر من ٢,١٧ سنتغراما - ٣,٤٨ سنتغراما ،
٢ - المريضة مسلمة لا يهودية

٣ - خلوها من الزهري الاري او المكتسب وكذا خلوها من الاضواء (consanguinité) ، مع انه شائع عند العرب جرياً على قواعدهم في الزواج ، فاذا دققنا في هذه المشاهدة جاز لنا ان تنهم السوابق البردائية واعتياد الاشربة الكحولية ، الذي على الرغم من خفته في مريضتنا يلعب دوراً مهماً في فتاة تحدت من اصلا ب قوم تمسكوا منذ القدم بتعاليم القرآن المجيدة المحرمة لاستعمال هذه الاشربة ، واذا اضيفت سوابقها هذه الى اعتبارات اخرى كان من ذلك ما يساعدنا على القول بامراض (pathogénie) خاص مختلف كل الاختلاف عما ذكر حتى الآن .

ان تجاربنا الخاصة خلال السنوات التي قضيناها في البلاد الحارة ابانت لنا كثرة التهابات الشرايين السادة في الشرق بالنسبة الى ما هي عليه في اوربة ولنعلم ايضا ان الكبد في المناطق الحارة هي اكثر الاعضاء تعرضا للاصابة بسبب البرداء وداء المتحولات (amibiase) والآفات المعدية المعوية المختلفة والكحول وغير ذلك من الاسباب التي تسطو رأساً على الغدة الصفراوية اصبحت مريضتنا بالبرداء ، وكانت تستعمل الاشربة الكحولية وقد

اعترتها ، بازمنة مختلفة ، قولنجات كبدية مع يرقان خفيف ، وكشف تحليل الدم ٤,٣٠ غرامات من شحم المرة و ٠,٩٠ سنتغم من السكر ولا يخفى ان ازدياد السكر امر مألوف في داء ثوبويبرجه ، وان خلية الكبد تتداخل في تطور السكر وشحم المرة فلو فكرنا في ذلك واضفنا اليه ان في البول نيلة (indican) وسكا تولا لا تضح لنا خال الوظيفة الترياقية ، ولجاز لنا ان نتساءل عما اذا كانت اضطرابات الكبد تشغل المقام الاول في مشاهدتنا .

ينكر غيوم وليان استقلال مرض لا ثوبويبرجه ، ويدعيان ان الخواص التي يميز بها بعضهم استقلال هذا المرض تشاهد في جميع حالات التهابات الشرايين السادة البكورة الشديدة فينيان ذاتية هذا المرض ويجوز لنا حينئذ ان ندج حادثتنا في زمرة الالتهابات الشريانية الناجمة من اضطراب وظيفة الكبد .

وقد تمكنا من تتبع الاستقصاء فوقنا لدعم ما اتينا على ذكره بالفحص النسيجي وقد صعب علينا فتح الجثة كلها لاسباب عائلية فاكتفينا باخذ قطع من الكبد والمبيض والكليتين والشرايين المحيطة والرئتين وصبغنا المستحضرات النسيجية بالهيماتين مع الايوزين وبطريقة ملوري (Mallory) وهذه هي نتائج فحصنا

الكبد جبال الكبد الحاوية مضمحلة في كثير من الساحات تبدو في خلايا الحجب الكبدية السليمة بعض السلامة حييات شحمية دقيقة مبعثرة اما النوى فغير مرئية او سيئة الاصطباغ . وآفات الحوول الشحمي شديدة

في المناطق الواقعة في جوار وريد الباب . القنوات الصفراوية والاوردة سليمة ، الشرايين ملتهبة بطاناتها جميعها ، اعضادها متكشفة ولمعاتها (lumières) ضيقة وقد تبدو مسدودة ، وريد ما فوق الكبد سليم

المبيضان: صلبان ويكاد لا يرى فيهما اثر يدل على نسيجهما لان عناصرهما قد تحولت الى نسيج ليفي واضمحل النسيج البشري فيهما . وقد اصبحت الشرايين بأفات تشابه الآفات التي طرأت على شرايين الكبد فهي ملتهبة ولمعاتها ضيقة ومنسدة في كثير من النقاط

الكليتان : شوهدت فيهما بعض سحاب ليفية ولم يطرأ على الانابيب المفرزة والمفرغة تحول جدير بالذكر وكذا كبب مايفي ، الشرايين مؤووفة ولكن تغيراتها اخف وطأة مما هي عليه في المضوين السابقين وقد شوهد تكاثر اندوتليالي في بعض مناطق الشرايين

الشرايين المحيطة : (الكعبري والمضدي والفخذي) ليست هذه الشرايين مسدودة ولا ضامرة غير ان اقصبتها متغيرة فالقميص الباطن متكشف بعض التكشف وخلاياه الاندوتليالية غير مسترسلة وقد تكاثرت في بعض النقاط القميص المتوسط متسع نسيجه شبيه بالنسيج الليفي لان عناصره المرنة الفضلية اصبحت بمحؤول ليفي وقد زالت المحددة الباطنة من بعض النقاط ولم تعد منتظمة

الرتان : سليمتان وقد شوهدت اسناخ ممتلئة بكريات قيح ، القصبات سليمة والعروق الرئوية طبيعية .

ان هذا الفحص النسيجي وان يكن ناقصا بالنسبة الى ما ذكرنا عن فتح

الجلبة فهو يفيدنا فائدة جزيلة. وان مريضتنا التي لم يزدسكر الدم فيها الا قليلاً عن حده الطبيعي كانت مصابة بازدياد شحم الصفراء في الدم ازدياداً كبيراً حتى انه بلغ اربعة غرامات وثلاثين سنتغراماً. وقد عرف منذ ابحاث باريزو وكورنيل ان ازدياد سكر الدم لا يكون الا في نصف تناذرات (syndromes) لثوبويرجه وهذا ما يفتح امامنا باباً للشك في امر الوظيفة الصفراوية وقد اثبت المجهر شدة الحؤول الشحمي في خلايا الكبد وانقطع طمث مريضتنا منذ بضعة اشهر وهذا يعلل لنا حؤول مبيضها اللينى الكامل. ولا يخفى ان المبيض يشترك خلقياً بحفظ توازن شحم الصفراء الدموي ولا شك ان آفات الكبد والمبيض في مريضتنا سببت اختلال هذا التوازن وازدياد شحم الصفراء في الدم. غير ان تناذر لثوبويرجه هو مرض الرجال في الغالب وازدياد سكر الدم فيه اشهر من ازدياد شحم الصفراء الدموي واكثر تصادفاً فلا غرو بعد ذلك في اتهام الكبد. ومهما يكن فان داء لثوبويرجه مسبب في الغالب من التهاب الشرايين العام ولا يكون هذا الالتهاب ساداً الا في الشعب الشريانية الصغيرة اما الشرايين الوسطى والكبيرة فتبقى لمعاتها مفتوحة ولا شك ان التشنج يضيف فعله الى الآفات فينجم من ذلك كله انسداد العروق الوظيفي والغنغرينا ويتضح من ذلك مشابة تناذر لثوبويرجه لتناذر رينو الذي قد يمثل بمشهد سريري مشابه كل المشابة لهذا المشهد من دون ان يصحبه ازدياد السكر وشحم الصفراء في الدم اللذين يميزان داء لثوبويرجه تمييزاً خاصاً

الجنابات القيحية

للدكتور لوسر كل استاذ السريريّات الجراحية

ترجمها الدكتور مرشد خاطر

تقسم الجنابات القيحية الى حادة ومزمنة . فالجنابات الحادة قد تكون مرضية تالية لتعفن انصباب دموي غير انها في اكثر الاحيان مرضية وتقع في سياق آفة رئوية او في نهايتها : ذات الرئة التهاب القصبات والرئة ، النزلة الوافدة . فتتكون في جوار الآفة الرئوية تحت غشاء الجنب الحشوي خراجات صغيرة تنفتح بعدئذ في جوف غشاء الجنب وتعفنه . والعوامل المرضية هي المكورات العقدية (streptocoqus) او العقنودية - (staphyle-coques) او اللاهوائيات (anaérobies) المتنوعة .

واذا ترك الجنب القيحي الحاد وشأنه افضى عادة الى الموت . وليس للجنب القيحي علامات اصغائية فعلينا متى شككنا في انصباب جنبي ومتى عادت الحرارة في نهاية ذات الرئة بعد ان تكون قد هبطت وبدت علامات تعفن عام مع حمى متموجة وعرق ونافض (frisson) ودعث (malaise) عام ان تناول محقنة برفاز ونزل الجنب بزلاً استقبائياً ونطلب ان يعان الصيديد معانة جرثومية . ولا يكون هذا السائل الا كدراً بعض الكدر في البدء مع ان الجراثيم العفنة تكون عديدة فيه .

وبعد ان تمر عليه بضعة ايام يأخذ الصيديد شكلاً صريخاً وقد يستدل

من منظره على طبيعته وانذار الجنب والتوسط الجراحي. فاذا كان الصديد خائراً مخضراً لا رائحة له كان في معظم الحالات ناشئاً من المكورة الرئوية (pneumococque) واذا كان قليل التماسك ولا رائحة له كان مسبباً من المكورات العقدية او العنقودية واذا كان ضارباً الى اللون الرمادي وتناً كانت الالهوائيات وحدها السبب او كانت مشتركة مع الجراثيم الاخرى وبعد ان ثبت تشخيص الجنب القيحي ما عساها ان تكون المعالجة التي نوجهها الى هذا الداء ؟ لقد اجمعت الآراء اليوم اذا استئفينا الجنب القيحي السلي على معالجة الجنابات القيحية معالجة جراحية سريعة على ان نقتنم الفرصة المناسبة فاذا كان الجنب القيحي رضيعاً كان الاسراع واجباً بدون اقل تأخر وكذلك القول متى كانت الآفة الرئوية المسببة قد انطلقت اعراضها او متى كانت الآفة متفجرة أياً كانت حالة الاحشاء . اما اذا كان الجنب رضيعاً وكانت الآفة المسببة لا تزال سائرة سيرها ولا سيما متى كانت المكورات العقدية او العنقودية العامل المرضي فيجب الانتظار ريثما تكون قد زالت الحالة النهائية او خفت على الاقل اما في ذات الرئة فبعض التساهل جائز . لان الحرجة الجنبية تكون قد اجتمعت والمريض يكون قد زادت متنته فاذا بضع قبل هذا تتشوش عوامل الدفاع العامة والموضعية .

فالمعالجة الدوائية واجبة اذن في المرضى الذين لا تزال آفاتهم الرئوية سائرة سيرها وهي المعالجة المألوفة مع الاستلقاح والاستمصال (vaccino) (thérapie et sérothérapie) ريثما تكون الحرجة قد تكونت جيداً في القنم الحلقى السفلي من الجنب .

ومتى نجمت من غزارة الانصباب تشوشات آلية افرغ الانصباب بجهاز بوتن فخف الضغط وأجلت العملية .

ومتى بلغ الجنب القيحي الزمن الموافق للتوسط الجراحي وعين مقره بالبزل الاستقصائي افرغ الصديد بنزع الجنب الواسع مع قطع الضلع وهو الطريقة الوحيدة التي تفرغ الصديد والاغشية الموهمة (fausses membranes) وكتل الليفين (fibrine) الكثيرة الاجتماع في جنابات كهذه ويخفف (drainer) غشاء الجنب بعدئذ .

ويفتح غشاء الجنب حيث الصديد وفي النقطة الاكثر انخفاضاً ولكي تعين النقطة لا بد من اجراء بزول استقصائية مدرجة وفتح غشاء الجنب عند البزل الوطي الذي أخرج به الصديد وتجري هذه البزول والمريض مضطجع على منضدة العمليات . ويقول المؤلفون متى كان جنب قيحي في الميزابة الجانبية الفقارية الخلفية بقطع الضلع الثامنة او التاسعة حذاء الزاوية الخلفية الممددة الى الوراء ما امكن اي في ملء الظهر

ويجب ان يكون التخدير موضعيا لان التخدير العام يمت هو لاء المرضى فيحقن الجلد والعضلات والسمحاق حسب خط الشق وتحقن ايضا الزاوية الخلفية الضلعية المعترضة بالحلول المخدر حول اعصاب الوروب (nerfs intercostaux) فوق الضلع وتحتها . وتكشف الضلع بشق الجلد شقا طوله ٨-١٠ سم ويشق السحاق ويقلع بالمسحاة (rugine) عن وجه الضلع الخارجي وتقلع عضلات الوروب بسهولة بادخال المسحاة في الزاوية المكونة من اتجاه حزم تلك العضلات مع حافة الضلع اي من الوراء الى الامام لاحافة

العليا ومن الامام الى الوداء لحافة السفلى ثم يقطع السمحاق عن وجه الضلع الباطن وتقطع القطعة الممرأة من السمحاق كلها بمقرض خاص ولا يترك منها شيء الا لا تتنخر نهاياتها الباقيتان. ثم يشق فراش الضلع اي السمحاق وغشاء الجنب فيتدفق الصديد من الجرح الذي يوسع حتى حدود جرح الجلد. ومتى خف انصباب الصديد يدار المريض الى الجهة الاكثر ملائمة لافراغ الصديد التام ومتى خرجت جميع الكتل الليفية يجفف الجوف برقادة ومنقاش ميسي (clamp) فتسهل حينئذ بعد ادخال منقاش او اصبع في الجرح معرفة ما اذا كان الشق واقماً في النقطة الاكثر انخفاضاً فاذا كان عالياً يشق شقاً آخر اقل انخفاضاً او تقطع ضلع اخرى في الامام او الوداء ليكون التحفيض في النقطة الحسنة. ولا يغسل غشاء الجنب مطلقاً بعد ذلك الا في الجنايات التالية للرضوض او المتفجرة التي تستدعي الحقن بالاوكسجين

ولكن كيف يصنع التحفيض ؟ (drainage)

ان مسألة التحفيض لا تزال قيد الجدال. فان البعض يكتفون بوضع احفوضين (drains) غليظين يعادل طولهما كثافة الجدار تحاشياً لتخريش الرئة ويثبتونهما بدبوس انكليزي يمتصهما عن السقوط في جوف الغشاء فينصب منهما الصديد انصباباً حسناً. ويخاط الجرح حول الاحفوضين ويشير جماعة هذه الطريقة بالمشي والتمرنات التنفسية المذكورة لكي تتسع الرئة وتملأ الفراغ. وهذا هو التحفيض القديم والجذع منزعج.

والبعض يحفض والجذع مغلق وحجة هؤلاء ان الهواء الذي يدخل غشاء الجنب المفتوح يمنع الرئة عن التوسع توسعاً كافياً لان الضغطين متعادلان

في الخارج وفي السنوخ . والرئة المنكشمة لا تعود الى ملازمة الجدار الا ببطء ومثلها الشفاء فانه يبطىء فنمأ لدخول الهواء لغشاء الجنب واحدثه للتعفن الثانوي الممكن يوصل بالاحفوض المثبت في فوهة الجرح المضيقه ، انبوب مطاط عادي او سحارة (siphon) ينغمس طرفه في وعاء مملوء محاولاً مطهراً . فينصب حينئذ السائل المجتمع في غشاء الجنب ويفرغ الجيب وتتمكن الرئة بما يدخلها من الهواء من الاتساع والحلول في هذا الخلاء والوصول حتى جدار الصدر . والتخفيض بهذه الطريقة افضل والشفاء مؤكد واسرع . ولهذا يستعمل دله وجبرود احفوضا (drain) خاصا متصلاً بانبوب من زجاج مزوًى قد وصل به انبوب مطاط وغمس في وعاء ومحذور هذا التخفيض بانبوب مثبت بالجذع هو إجبار المريض على ملازمة فراشه . وقد استعمل دلاجانيار احفوضا في طرفه شبه لولب ينفتح حين الشهيق وينطبق حين الزفير مانعاً الهواء عن الدخول . غير ان زرع الاحفوض آتونة بعد اخرى واجب لكي تمر الكتل الليفية . ويستعمل غرغوار الطريقة التي يشرك بها التخفيض المغلق والتبكير في ترك المريض لسريته وذلك انه لا يقطع الاضلاع بل يخرج الجنب خزعا خاصا . فهو يشق الجلد شقاً مستقيماً على الضلع الواقعة تحت الضلع المحددة في الاسفل للورب (espace inter-costal) المراد شقه مثال ذلك اذا اريد فتح الورب التاسع يشق على الضلع الحادية عشرة وطول الشق ٩-١١ سنتمراً . تشق الاقسام الرخوة حتى الضلع وتبعد الشفتان بمعمدي فارابوف ويكشف الورب المراد شقه بالمسبار المقي فتكون قد تركت شريحة جلدية عضلية يستر بها الشق الجنبى

متى رفع المبعدان . ويشق الورب الذي يكون قد عين بالهزل الاستقصائي بالمبضع على الحافة العليا للصلع السفلي فينصب الصديد وتستخرج الاغشية الموهمة (fausses membranes) بالمناقش .

يبقى علينا حينئذ ان نمنع شفتي الجرح عن الانغلاق ويتم لنا ذلك بادخال شريطة مطاطا مقطعة من قماز في الجرح الجنبى وتثبيتها بغرزتين بعضلات الورب . فينفخ هذا المصراع في الشهيق وينصب الصديد الى الخارج وينفلق في الزفير فلا يدخل الهواء الجذع . وتنزع قطعة المطاط في اليوم الخامس والعشرين . ويضمد الجرح كل يوم بدون غسل ويتم الاندمال عادة في اليوم الخامس والثلاثين .

وقد احصى تورناي ٣٦٤٦ حادثة بين بها حسنات التحفيض المعلق على التحفيض المفتوح :

خزع الجنب المفتوح بمعدل الوفيات فيه ٢٣.٦ بالمائة وسيره نحو الازمان معادل لـ ١٦.٦٠ بالمائة ومدة المعالجة الوسطية ٧١ يوما .

خزع الجنب المعلق بمعدل الوفيات فيه ١٠ في المائة والسير الى الازمان معادل لـ ٦.٣ في المائة ومدة المعالجة الوسطية ٤٢ يوما

فهذا الاحصاء يبين افضلية التحفيض المعلق . ويترك الاحفوض مازال السيلان الجنبى صديداً ويبين لنا تحسن الحالة المرضية والفحوص الجرثومية والحالة العامة وسير الحرارة الوقت الذي يجب نزع الاحفوض به لانا اذا اطلنا زمن التحفيض احدثنا نواسير .

غير ان افراغ جوف الجنب لا يكفي لالصاق الرئة بجدار الصدر واعادة

الوظيفة التنفسية بل يجب الاهتمام بهمود (collapsus) الرئة سريعاً حسب رأي دعاة التحفيز المفتوح ومناخراً حسب دعاة الجذع المغلق وذلك بالسماح للمريض بالمشي منذ هبوط الحرارة وزرع الاحفوض لان المشي معناه التنفس وهذا القول صحيح لا غبار عليه . واكمال العمل الجراحي يقوم بالتمرينات التنفسية المتتالية والرشيحة فيوسع المريض رئته بنفخه في انبوب متصل بفم قارورة فيها ماء ودفعه الماء الى القارورة الثانية حسب طريقة بشر (Pescher) فتنفس الرئة حينئذ تدريجياً وتستعيد مكانها . ويتم الشفاء مع تشوه صديري خفيف . ولا بد من معالجة المريض معالجة دوائية مدة من الزمن .

ونتأج هذه الطرق تابعة للجراثوم والمريض وطبيعة التعفن وحالة المضوع العامة وزمن التوسط الجراحي . فالجنابات المتقيحة بالمسكورات الرئوية هي اقل الجنابات خطراً واكثرها شفاءً والجنابات بالمسكورات العقدية والعنقودية اوخم والجنابات باللاهوائيات وحدها او المشتركة مع جراثيم اخرى اشد الجنابات خطراً . والمرضى الذين يتأخر بعضهم تنومر جروحهم .

والجنابات التكبسية بين الفصوص او في اماكن اخرى يعين مقرها بالزلز تحت دريئة (écran) الاشعة وتترك الابرة مكانها اذا لزم الامر لكي يشق عليها .

واذا كان الجناب قد انفرغ بالقيء الصدري وهذا نوع من انقراغ الجنابات الفوري (spontané) لا نظن ان الامر قد انتهى بل يجب التوسط الجراحي بفتح غشاء الجنب وقطع ضلع او ضلعين متى بقيت الحرارة والتشع والمرور بالمنطقة الجنبية الملتصقة لئلا يفتح الجوف الكبير . ويرسل هؤلاء المرضى

عادة الى الجراح متأخرين فكون رؤايتهم قد تصلبت ولا تعود بسهولة الى مكانها فتتوسر هذه الجنبات .

والجنب المتقيح المزدوج النادر شديد الخطر وان يكن مسيئاً في الغالب من المكورات الرئوية : فلا يفتح فيها غشاء الجنب في الجهتين معاً بل تفتح اولا الجهة الاشد اصابة او الجهة اليسرى متى شك في الامر اجتناباً للتشوشات الممكن حدوثها بانضغاط القلب وتبزل الجهة الثانية . ومتى مرت بضعة ايام على فتح الجهة الاولى تفتح الثانية . ومتى لم ينفلق الجرح بعد ان يكون غشاء الجنب قد خزع والصدید قد انصب بل بقي ناسور بعد بضعة اشهر كان العامل المرضي المكورات العنقودية او السل او كان الشق قد اجري متأخراً او لم يكن كافياً . لان النواسير نادرة جداً متى كان التحفيض جيداً وكان التوسط الجراحي قد اجري في الوقت الملائم . الا اذا كان سل جنبي مجهول ومتى ازمّن الخزع تكون الرئة قد سجت بها اغشية جديدة موهمة فصدتها عن التمدد .

ومن النواسير الجنبية ما هو مسبب من التهاب الضلع او من احفوض منسي او ناسور جنبي قصبي او رتج (diverticule) صغير خلف الجنب اسيء تحفيضه . فقطع الضلع وزرع الجسم الاجنبي واستئصال مجرى الناسور واجراء التحفيض جيداً يكفي للشفاء السريع . غير ان الجنب القيحي المزمن المنوسر الذي لا ميل له الى الشفاء يتصف بخوف خلف الجدار لا يمتلىء لان جدار الصدر لا ينخمس (ne s'affaisse pas) والرئة لا تتوسع . فالرئة المعقدة لا تصل الى الجدار والجدار الصلب لا يسير الى الرئة . وهذان

هما الامران اللذان ينظر اليهما في المعالجة . فاما ان تقطع الاضلاع ليعود الجدار ليناً فيذهب الى ملاصقة الرئة وهذه هي عملية استلندر ومشتقاًها واما ان تحرر الرئة مباشرة من القشرة اللبية التي تسجنها وهذه هي عملية دلووم واما ان تشرك العمليتان معاً . غير ان معرفة اتساع الجوف امرٌ لا بد منه قبل التوسط الجراحي وليحترز من اجراء هذه العمليات في من تملو حرارتهم او ينحبس الصديد في جوف غشائهم الجنبي .

وتظهر الناحية ما امكن بالتخفيضات الاضافية والفسول بدكان والمصل الخ... وتدرس ابعاد الجوف بالمعاينة الشعاعية . ويجوز حقن الجوف بالليودول او الغلرين المبزمت (bismuthée) غير ان المعاينة المقصودة (direct) بالدرية وبدون اي مادة ، كافية في معظم الاوقات لاسداء المعلومات عن حركة الجدار وانكماش الرئة وحركة الحجاب وابعاد الجوف الشفاف واليك الطرز الذي تجرى به عملية القطع وتحرير الرئة معاً على جيب الرئة فيه منكشة بعض الانكماش نحو نقيرها (hile) وذلك بعد ان يكون حضر المريض تحضيراً حسناً وعرفت ابعاد جيبه :

يضع المريض بعد ان يخدر تخديراً عاماً ويشق الجلد شقاً معقوفاً كالحرف « ا » الفرنسي محدداً شريحة كبيرة وتقطع الضلوع اللازمة وغالباً منذ الثانية حتى الثامنة وتربط شرايين الوردوب باعتناء ويقطع غشاء الجنب الجداري المتكشف وتحرر الرئة في الجانبين باقتلاع الالتصاق الجنبي في الامام والوراء وتقطع قشرتها الجنبية ما امكن على ألا تنزف نزفاً غزيراً .

وبعد ان تحرر الرئة تثبت بالجدار (تثبت الرئة لرو بارجه) منعاً لها

عن الانكماش . اما الشريحة الجدارية المستلة عظامها منها فتقلب وتخط بعد وضع احفوض موقت ينصب منه الدم والمصل . ويجوز اجراء العملية باوقات عديدة اذا قضت بذلك حالة المريض فقطع الضلوع اولا ويستأصل غشاء الجنب بعدئذ وتفسر الرئة اخيرا . فاذا كان اتساع الجيب متوسطاً كان معدل الوفيات الجراحية الناجمة من تنبه تعفن عام او موضعي ٥ . في المائة والتألمج البعيدة حسنة . غير ان الاسراع بالترنات التنفسية والاستمرار عليها امر واجب .

ومتى كان الناسور متصلاً بجيب واقع خلف الجدار وكانت سعته كبيرة تعادل ثلثين من الصديد وكانت الرئة منكشمة بشدة كانت المعالجة شديدة الصعوبة وكان المريض في اكثر الاحيان من الذين خزع غشاؤهم الجنبى متأخراً وكانت رئتهم قد انكشمت مدة طويلة فلم تعد الى الانسباط بعد ان افرغ الصديد بل بقيت ملتصقة في العمق . فهذه الحالات تفضل في معالجتها عملية شد (Schede) فالشريحة فيها المشابهة للحرف « تتناول اللوح (omoplate) والقطع يشمل جدار الجذع كله الضلوع والوروب وغشاء الجنب الجداري فتبقى الشريحة الجلدية العضلية مرنة تتحرك تحركاً سهلاً وتستريحها الرئة مباشرة . وتصلب الرئة في هذه الحالة يكون شديداً . حتى ان تقشيرها يتعذر اجراؤه . ومعدل الوفيات التالية للعمليات مباشرة في هذه الحالة بين ١٥ - ٢٠ في المائة (لوسان) وتشوه الجذع عظيم غير ان الشفاء محقق بعدها .

والجناب القيحي السلي وهو خراجة غشاء الجنب الباردة لا تجوز معالجتها

إذا راعينا القاعدة بخزع الجنب والتحفيز لأن الناسور أمر لا بد منه بعدها فيجب إذاً أن يدقق في التشخيص وأن يكتفى بالزلزلة بعزل دقيق ما زال الجنب لم يتعفن تعفنًا ثانويًا وأن يكرر الزلزال كلما قضت الحاجة إليه.

والجنابات السلية المنوسرة المتعفنة تعفنًا ثانويًا هي أسوأ الجنابات فإن هؤلاء المرضى لا يشفون أبداً ويموتون من التعفن المزمن إذا لم تقطع الضلوع قطعاً متسماً غير أن العمليات الواسعة خطيرة في المسلولين فيجب إذن اختيار المرضى والامتناع عن بضع المصابين أيضاً بأفات رئوية في حالة السير وأما إذا لم تكن آفة رئوية في حالة السير فتشرك المعالجة الدوائية والاستشماس (héliothérapie) والاستلقاح (vaccinothérapie) والجمع مع المعالجة الجراحية . ولكي تكون العملية مفيدة يجب أن تكون واسعة فقطع الضلوع قطعاً واسعاً حسب طريقة شد (Schede) بازمئة عديدة وإذا فضلنا ألا يفتح غشاء الجنب تقطع الضلوع قطعاً واسعاً فقط يكفي معالجة السل الرئوي

وصفوة القول أن التخدير الموضعي يستعمل في الجنابات القيحية الحادة ويخزع غشاء الجنب خزعا في نقطة منخفضة ويخفض الجذع تحفيضا مغلقا وتستعمل التمرنات التنفسية المنظمة .

وفي الجنابات القيحية المنوسرة : يزال الجيب بتحرك الصدر وتحريك الرئة . وأكثر الحية الجراحية التي تصادف في معالجة الجنابات القيحية يعود سببها إلى سل معروف أو مجهول .

خلاصة المؤتمر الجراحي الفرنسي الرابعون

للدكتور مرشد خاطر استاذ الامراض والسريريّات الجراحية

افتتح المؤتمر كعادته في ٥ تشرين الاول من السنة ١٩٣١ وكان يرأس الاحتفال المسيو سرو احد الوزراء القداماء الذي اثنى على الجراحة والجراح الشاء اللاتق بهما مييناً المنافع الجمّة التي قامت بها الجراحة ازاء البشرية المتألّمة ثم نهض الاستاذ لمبر من ليل وهو رئيس المؤتمر مييناً الاطوار التي مرت بها الجراحة ومظهراً ما هي عليه الجراحة الحاضرة من الرقي غير انه لم يكتف بالحاضر بل ارسل اشعة مخيلته الى المستقبل فوصف قاعة العمليات المقبلة وما سيكون فيها من الآلات والمعدات وصفاً ساحراً طائراً في سماء الخيال ثم انه بعد هذه الجولة الفكرية البعيدة عاد الى مخاطبة سامعيه فيبين الروابط التي تربط الجراح باطباء الشعب الاخرى وروساء المخبر واظهر فائدتها حاثاً على ان تكون هذه الروابط بينهم وثيقة لا تنفصم وعاد الى وصف حياة الجراح وصعوباتها والمقبات التي تقوم في وجهه حاثاً زملاءه الجراحين على الرفق بالمرضى ومؤسساتهم لان النفس يجب ان تجد لها دواء عند الجراح كما يجد الجسد .

ثم عالج الموضوع الاول غوسه (من باريس) ولريش (من ستراسبورغ)

وفقا لمقررات مؤتمر السنة المنصرمة وسنكتفي بسرده خلاصة الموضوع الاول
في هذا الجزء

القرحة الهضمية التالية للعمليات

« إمراضها وهما الجنها »

أ — الامراض « pathogenic » تكلم عنه إيريش فقال ان القرحة
الهضمية (peptique) التالية للعمليات هي مرض المفاغرات المحدثة في معد
مزداة هو ضتها .

كان يظن اولاً ان قرحة الصائم التالية للعمليات مسببة من خطأ في اجراء
العمليات او من الارقاء (hémotase) والحياطة السيئين او من استعمال
خيوط لا تغور (non résorbables) او من مناقش تؤذي نسيج المعى او
من عفونة خفيفة او انصباب دموي في حذاء التفاغر وغير ذلك من الاسباب
ولكن بعد ان تين اليوم ان هذه القرحة كثيرة الوقوع وجب التفيتش
عن سبب آخر وهو كون القرحة الثانية نكسا للقرحة الاولى . لان
المعالجات التي نوجهها الى القرحة ليست إمراضية بل هي عرضية (symp-
tomatique) كالمفاغرة المعدية المعوية او تشريحية كالقطع او خلقية (فسيولوجية)
تقطع المعدة والبواب فلا عجب اذا ما اكمل المرض سيره بعد العملية
فظهرت قرحة جديدة لان سبب الاولى لا يزال موجوداً . فإمراض القرحة
التالية للعمليات يختلط اذن بامراض القرحة المعدية الاثنا عشرية فاذا عرفنا

إمراض الثانية سهلت علينا معرفة إمراض الاولى. فبناء على ما تقدم بدأ لريش بدرس إمراض القرحة العفوية (spontané) ثم عاد الى درس إمراض القرحة التالية للعمليات مستنداً الى تحريات شخصية قام باجرائها مع مؤازريه منذ اربع سنوات في شعبته السريرية في ستراسبورغ .

إمراض القرحة المعدية الاثنا عشرية العفوية : ١ -- درس انتقادي:

يبين لريش ان درس القرحة من الوجهة التشريحية لا يوقفنا على منشأها فلا درس القرحة في بدنها ولا الغشاء المخاطي المجاور لها ولا الآفات العصبية في جدار المعدة ولا التبدلات المعوية المشاهدة في منطقة التهاب المعدة الضموري تجدي نفعاً وكذلك القول في درسها من الوجهة الجرثومية فانه لا يجلو الامر اما القرحة الاختبارية فقد انتقد لريش طرز احداثها نقداً شديداً اجل انهم تمكنوا من احداث قرحات بطرق مختلفة غير انه ما من واحدة منها كانت الحالة الوظيفية فيها مشابهة لما هي عليه في الانسان ويحق لنا ان نقول انهم تمكنوا من احداث الآفة غير انهم لم يتوصلوا الى احداث المرض لان هذه القرحات كانت تسير سيرها بدون ازدياد في الحوضه . فعلى المختبر اذا اراد ان يكون اختباره مفيداً ان يقترب ما امكنه من الحالة الطبيعية لا ان يحدث تخريبات حمة تدمده بعدا شاسعا عنها . فان السكلاب التي حولوا مجرى الاثنا عشري فيها اصبحت سريعاً بالدنف فبالقرحة غير انهم لو اعتنوا بتذنية هذه الحيوانات لما ظهرت القرحة فيها .

ويرى لريش ان هذه المسألة يجب ان تحل بطريقة أخرى فان ما لم يتمكن الاختبار من ايضاحه لنا يجب علينا ان نستنتجه من تحليل الشروط التشريحية

والحلقية لسير القرحة في الانسان سائر من هذه الفرضية وهي ان المرض الذي يحدث القرحة هو مرض النسيج قبل ان يكون مرض العضو وهذه القاعدة عامة في علم الامراض ولا سيما في القرحة فان الموات النزفي الذي يصيب جدار المعدة ليس الا الدور الثاني للمرض الذي آذى او لا المضربة (épithélium) الغدية او النسيج الضام او بطانة الاوعية فاذا اتبعنا هذه القاعدة في تكون القرحة استنتجنا نتائج ذات شأن عظيم .

٢ - - درس خواص القرحة التشرحية السريرية وسيرها : يشفي معظم القروح المعدية بسهولة متى بدلت حالة افراز المعدة سواء بالنظام الغذائي او المعالجة الدوائية او العمليات الجراحية البسيطة (المقاغة المعدية المعوية او دفن الانتقابات فقط) بيد ان بعض القروح تعصي المعالجات جميعها وتنعكس دائما على الرغم من التوسطات الجراحية الكبيرة . وعدا ذلك فان القروح التي تحتفر المشكلة (بنكرياس) او الكبد تبقى دائما منفصلة عن العضو المصاب بنسيج ضلب يتألف منه قعرها . فهي لا تنفتح اذن في الحشا ومع ذلك فان نواسير معدية قولونية تتكون فلماذا وكيف؟ وحافات القرحة حتى التقنية منها تترمم دائما على الرغم من مظهرها . فلا الفرضيات الامراضية المعروفة حتى الآن ولا الاختبارات تكفي لتعليل هذا الامر . فيجب اذن ان تابع التحليل مدققين في ما تتصف به القرحة .

تستقر قرحة المعدة في منطقة معينة فيها نوع خاص من الغدد تسمى الواقعة منها في جهة البواب الغدد البوابية والواقعة في الجهة الثانية غدد بروتر وتحثي هذه الغدد بعد البصلة فنطقة القرحة هي اذن منطقة فيها هذا النوع

الحاصل من الغدد والقرحة مرض المعدة المحركة وليست مرض المعدة الهاضمة
ويثبت لنا هذا اثباتاً لا يقبل الرد فخص قطع القرحات فحسباً نسيجياً .
فيجب اذن ان نتساءل عما في منطقة هذه الغدد المفرزة للمخاط من الشروط
الخاصة التي تؤهلها للقرحات ؟ يقول لريش ان هذه الكمية الكبيرة من
المخاط التي تفرزها هذه الغدد يلعب ولا شك دوراً لا تزال نجهله . فهو
يذوب في المحاليل القلوية ويرسب في البيئة الحامضة ويرجع ان غشاء المعدة
المخاطي لا يكون مغطى به متى كانت البيئة حامضة بيد أنه متى كانت البيئة
قلوية يؤلف طبقة كثيفة مخاطية كثية لا تخرقها السوائل ولا الاطعمة .
فهو اذن يلعب دوراً واقياً . افلا يحق لنا ان نتساءل عما اذا كانت القرحة
لا تنجم من نقص القوة الواقية لهذه المواد المخاطية بتأثير الحموضة فيها .

والامر الذي لا يقبل الجدل هو ان القرحة لا تتكون الا في منطقة
الغدد المفرزة للمخاط . ولكن أمنطقة القرحات قلووية في الحالة الطبيعية
سواء على الريق ام في اثناء الهضم ؟ ان هذا يدعونا الى البحث في قضية
ثانية وهي ناحية المنطقة الحامضة في المعدة . قد ثبت منذ شيف ان منطقة
القعر هي المكان الوحيد لصنع الهضمين (بسين) غير ان منشأ الحامض لا تزال
الآراء متضاربة في تعيينه ويظهر من تحريات لريش وتلامذته ان المعدة
قلوية على الريق وانها في اثناء الطعام حامضة في ناحية القعر لانها الناحية
الوحيدة المفرزة للحامض الكلوريدريك والبسين وان الغار (l'antre)
مغشى بغشاء قلوي حتى في اثناء الطعام

اذن في المعدة منطقتان حامضتان وقلويتان وكل منهما محددة تحديداً واضحاً فاذا اختلف

الافراز في ناحية القمر (region fundique) وعمّ السائل الحامض على
الريق المنطقة القلوية رسب المخاط في بعض الحال وتأذى الغشاء المخاطي .
ويجوز لنا ان نفرض فرضية اخرى وهي اختلال افراز المخاط وتشوشه
فاما ان تنقص كميته عن الحالة الطبيعية او يتبدل جوهره فلا يبقى ناحية الغار
والبواب والاختبار يثبت هذا لان الاختبارات كانت تولّد اولاً التهاباً في
ناحية الغار والاثناعشري قبل توليد القرحة وهذا يحملنا على القول بان
الناحية القلوية في المعدة هي الناحية المؤذية .

ولكن ما هو سبب هذا التشوش في افراز المخاط ؟ ان هذا الجواب
تصعب الاجابة عنه . تكون المعدة المتقرحة غالباً محتقنة أفليس الاحتقان
يدعو الى زيادة الافراز فزيادة الحموضة ؟ ويسهل ان فراغ المخاط بسرعة خذاه
غدد البواب تاركاً منطقة هذه الغدد عرضة للاهضام الذاتي .

ومهما يكن فلا بدّ من فتح باب جديد تدرس به خلقه (فسيولوجية)
المخاط . وقد لاحظ لريش وماونوه ان غشاء المعدة الملتهبة يفرز مخاطاً
يختلف بصفاته وتلونه عن المخاط الطبيعي .

فيجب اذن ان ترتب التبدلات التي تطرأ على المعدة قبل حصول القرحة
على الوجه الآتي : اختلال في افراز المخاط في ناحية الانحناء الصغير والغار
والبواب والبصلة الاثناعشرية لاسباب دورانية ، فذات المعدة . الالتهابية
فالتها بها الضموري ، فاستحالة نسيج لآخر (métaplasie) فنقص قوة المخاط
الواقية ، قرحة .

واما سبب الاحتقان فيعود على ما يرجع الى اسباب طعامية كقلة المضغ

وكثرة الطعام وانهاك المعدة واطعمة سيئة التحضير او غليظة اي جميع الاسباب التي تدعو المعدة الى زياده نشاطها فالى الاحتقان . وينطبق هذا على كثرة القرحة المعدية في البلدان التي يأكل سكانها اطعمة غليظة سيئة التحضير

وظيفة الغار القلوي الحامضية : دوره المنبه للافراز

بينت الاختبارات في هذه السنوات الاخيرة ان الغار القلوي الذي لا يفرز الحامض منه لافراز الحامض في ناحية القعر . فانه يفرز متى لامسته الاطعمة رسولاً (hormone) يسير في الدوران الدموي ويؤثر في غدد القعر فتفرز مفرزها الحامض .

وقد بينت الاختبارات الجراحية الخطر الذي تستهدف اليه المعدة متى حذف الغار فان جدرانها تصبح حيثئذ منبهة تنبهاً مستمراً بملامسة السوائل الراكدة فيه فيفرز رسوله المنبه بكثرة ويزداد افراز عصارة المعدة الحامضة فمفاغرة المعدة بالصائم تزيد هذا الركود وتحسن الى المعدة احساناً عظيماً . وازدياد الحموضة في المعدة يلعب دوراً ذا شأن كما بينت الاختبارات والسريريّات في احداث القرحة .

والخلاصة ان القرحة المعوية ليست سوى قرحة هضمية متكونة على غشاء مخاطي قلوي مفرزه المخاطي الخاص قد تبدل بسبب الاحتقان وزيادة الحموضة لان القرحة الهضمية هي نتيجة فعل منه للافراز في القعر ولدته آفات الغار ولكن ما هو الشيء الذي يدير الافراز وانقراغ المخاط بل ما هو المخاط نفسه؟ هذه هي الاسئلة التي يجب حلها في المستقبل اذا شئنا ان نفهم مساهمة القرحة المعدية .

ب --- امراض القرحة التالية للعملية — الصفات العامة:

نقوم عادة بالقرحة التالية للعمليات القرحة التي تبدو على فوهة جديدة احدثت في المعدة . مع ان هذا لا يشمل جميع القرحات لان بعضها يبدو على الانحناء الصغير على الرغم من المفاغرة التي أجريت لشفاء قرحة سواها ولهذا الامر شأنه الكبير وبعض القرحات يبدو ايضا على مفاغرة معوية معدية ولكن القرحة الهضمية تبدو في معظم الحالات على الصائم هذا المعنى الذي لم يخلق ليقبل عصارة حامضة لأن المخاط الذي يقي رجا النار لا يقيه فتبدو فيه القرحة فكل مفاغرة معدية صائمية تمد عملية مخالفة للخلقة (الفسيولوجية) وما من عملية مفاغرة تنطبق على علم الخلقة الامفاغرة المعدة بالاثنا عشري بعد قطع البواب .

ولهذه القرحات التالية للعمليات التي ليست سوى قرحات اختبارية بعض الخواص التي لا بد من ذكرها :

١ -- كونها تبدو بعد العمليات بازمته متفاوتة الطول فهي تبدو تارة بسرعة اي بعد ستة ايام كما ذكر لريش في احدى مشاهداته او متأخرة جدا بعد ان تكون القرحة الاولى شفيت منذ برهة .

٢ -- تظهر غالبا على الطرف الموصل (efferent) من عروق الصائم المفاغرة .

٣ -- تكون في الغالب مفردة

٤ -- يكون المعى بعد ظهور القرحة ملتهباً وهذه الصفة قد اجمع المؤلفون عليها وعروة الصائم الموصلة تكون متوسعة جداً متكئة متوذمة

شروط ظهور القرحة التالية للعمليات : أ . القرحة بعد المفاغرة المعدية المعوية

مهما قيل في هذه العملية فلسنا نظن ان القرحة الهضمية تتلوها باكثر من ١ - ٦ بالمائة ويظهر ان المفاغرة الامامية تعرض الصائم للقرحة اكثر من المفاغرة الخلفية . ولكن الامر يتبدل اذا زيد على المفاغرة الامامية مفاغرة الصائم بالصائم فتعود الشروط حينئذ مماثلة للمفاغرة بشكل (٧) وتصبح قطعة متفاوتة الطول من الصائم لا تصلها عصارة قلووية صفراوية اثنا عشرية معكيلة (bilio-duodéno-pancréatique) بل تكون ملأى بعصارة المعدة الصرفة فيرتفع حينئذ معدل القرحة الهضمية الى ١٦,٨ بالمائة وتظهر القرحة في البيئة الحامضة .

لقد اهتموا الزر والمناقش ومفاغرة العرى الطويلة ولكن جميع هذه الاسباب ليست كافية بل السبب هو ان بعض الشروط الحلقية (الفسيولوجية) تزول بالمفاغرة المعدية المعوية .

وفي مقدمتها الر كود في الغارفاته وان يكن قليل الاهمية في السريريات فهو ذو شأن من الوجهة الحلقية (الفسيولوجية) لانه ينبه الافراز الحامض في القعر . والامر الثاني الذي لا بد من ملاحظته هو اصابة المعدة حين العملية الاولى بالالتهاب يقول الاستاذ دوفال ان القرحة التالية للعمليات قرحة عفنة وان هذا السبب اساسي . ومع ذلك فان ٥٢ بالمائة من قرحات الصائم قرحات متأخرة لا تظهر الا بعد المفاغرة بوضع سنوات .

ب . القرحة بعد ربط القرحة الاولى او قطعها : الآراء مجمعة على ان قطع القرحة حسب طريقة دوين ايسلبرغ مضافاً الى المفاغرة المعدية المعوية يعيد

القرحة الهضمية أكثر ظهوراً . وهذا يسهل تحليله لأن الر كود يحدث حيثئذ في الغار فيفرز رسوله المتبه ويدعو مقر المعدة الى افراز الحامض .

ج -- القرحة بعد قطع المعدة : عن لفنستر سنة ١٩١٦ ان يحذف منطقة المعدة المقرزة للحامض في قروح الاثنا عشري التي لا استطاع زرعها ثم توسعت . طريقته الى معالجة القرحات الاخرى غير انه اذا كان لا بد من إزالة المنطقة المقرزة للحامض وجب قطع ما لا يقل عن ثلثي المعدة .

د -- القرحة بعد قطع البواب والمعدة : هي فضلى العمليات المنطبقة على الشروط الخلقية لانها تزيل الغار والمنطقة المقرزة للحامض غير ان القطع يجب ان يكون متسعاً اذا شئنا ان نكون في مأمن من ظهور القرحة ولسكن اذا أبقينا حتى على قطعة صغيرة من المعدة كان افراز الحامض مقررأ وظهرت القرحة .

ج -- النتائج :

تظهر القرحة بعد المفاغرة المعدية المعوية المتقنة الصنع بمعدل ١-٥ بالمائة وهي أيضاً نادرة بعد قطع القرحة المتبعة بالمفاغرة المعدية المعوية . وهي كثيرة الحدوث بعد سد الغار (٢٥ بالمائة) وهي كثيرة الحدوث ايضاً بعد قطع البواب والغار لان هذا القطع يعقبه ازدياد في الافراز والحموضة . وهي نادرة بعد قطع البواب والمعدة المتسع .

: . وسبب القرحة ازدياد الحموضة وهي لا تظهر متى افضت العملية الى ازالة الحموضة ولكن بما ان هذا الامر لا يدرك منذ البدء حق لنا ان نقول ان القرحة الهضمية ممكنة الحدوث بعد جميع العمليات

٢ - المعالجة

عالج هذا الشق من الموضوع الاستاذ غوسه من باريس فيين ان الجراحة تقضي اليوم بالرفق بالمعدة وبمحاشاة رضاءها في اثناء العملية ما امكن وبالاستغناء عن المناقش الراضة وبترك الزر جانباً وباستعمال الحمشة (كاتغوت) عوضاً عن الخيوط التي لا تغور (non résorbables) لان لجميع هذه الامور شأناً كبيراً في احداث القرحة الهضمية ومتى ظهرت هذه القرحة فالمعالجة البوائية لا تفيد مطلقاً فضلاً عن ان الانتظار الطويل خطر لان هذه القرحة تتجه الى الالتقاب . أجل ان المعالجة الشعاعية قد كانت منها بعض الفوائد غير ان المعالجة الوحيدة هي الجراحة ليس غير واذا كانت القرحة الهضمية تظهر بعد المفاغرة المعدية المعوية فهي تحدث ايضاً بعد قطع المعدة .

أ - معالجة القرحة الهضمية التالية للمفاغرة المعدية المعوية

الزمن الاول يقوم بتحرير الاعضاء من الجدار الملصقة به ٢ - بتحريرها من فوهة رباط القولون وهذا الزمن دقيق جداً لان قطع احد الشرايين الكبيرة قد يضطر الجراح الى قطع جزء من القولون المعترض ٣ - بتحرير عروة الصائم المفاغر بها وبعد هذا التحرير يفضل الجراح حسب الحالات اما المعالجة الاقتصادية او القطع .

١ - المعالجة الاقتصادية : اذا كانت القرحة المبديئة قد شفيت ولم يكن ضيق في البواب جرب الترميم التشريحي بقطع القرحة والافضل ان تحذف المفاغرة المعدية المعوية او يحذف البواب او يقطع الاثنا عشري حسب طريقة جود

وقد كانت النتائج حسنة في هذه العملية الأخيرة حسب احصاء محدثها (٩٠ بالمائة) .
واما متى كان ضيق في البواب ولم يكن تحريك الاثنا عشري ممكناً
فيجب ان يعدل عن الطريقة الاقتصادية .

٢ — الطريقة الشافية : تقوم بقطع المعدة المتسع وهو يقوم بقطع
البواب اولاً وسد الاثنا عشري ثم بقطع القسم الكبير من المعدة ووصل
ما بقي منها بالصائم .

ب — معالجة القرحة الهضمية التالية لقطع المعدة : هذه القرحة خفيفة لانها تستدعي
قطعاً آخر قلما يتمكن الجراح من اجرائه فضلاً عن انه يخشى بعد القطع الثاني من
حدوث قرحة هضمية ثانية لان المريض يكون مستعداً لتكون هذه القرحات .
واذا كانت القرحة المعوية الصائمية قد احدثت تفاعلاً نهائياً مع التصاقات
بالاعضاء المجاورة الكبد والطحال والحاجز كانت العملية الفضلى خزع
الصائم (jejunostomie)

ج — معالجة الراقيل :

١ — الاتقاب : اعراضه كاعراض قرحة الاثنا عشري المنبتقة ويعالج بطرق
مختلفة : بالحياطة التي قلما تجدي نفعاً وان يكن البعض اشار بفائدتها .
بحذف فوهة المتفاعلة المعوية الذي يجب ان يضاف اليه قطع
الاثنا عشري حسب طريقة جود

بقطع عروة الصائم المنبتقة

بقطع المعدة اذا كان ممكن الاجراء اي اذا بقي من المعدة جزء يقطع
٢ — التواسير المعوية الصائمية القولونية : اما ان يكون الناسور بسيطاً اي

ان يكون التصاق الصائم بالقولون منحصرأ في مقر الناسور واما ان يكون معرقلاً اي ان يكون الناسور محصوراً بالتصاقات كبيرة متسعة . فتي كان الناسور بسيطاً كانت العملية الفضلى تحرير الاعضاء المنوسرة واغلاق الثقبين القولوني والصائمي سواء قطعت القرحة ام لم تقطع . ومتى كان الناسور مصفحاً بالتصاقات كبيرة كان اجراء العملية الشافية مستصعباً جداً وكثير من الجراحين كانوا لا يقدمون على اجرائها ويكتفون بالعميات الملطقة : حذف الناسور الصائمي القولوني بمفاغرة معدية معدية او معوية معوية

النتائج : متى عادت القرحة الهضمية اثر مفاغرة معدية معوية مجرة لمعالجة قرحة اثنا عشرية يجرب الترميم التشريحي غير انه لا يكفي غالباً بل يجب قطع البواب ايضاً . ومتى لم يكن قطع البواب مستطاعاً وهذا مايقع في ثلثي الحوادث يكتفى بتفجير المعدة اي باجراء مفاغرة معدية معوية جديدة او تقطع المعدة قطعاً واسعاً يقي المعدة من النكس . غير ان المفاغرة المعدية المعوية لا تعد معالجة حسنة لانها تعرض المريض المتجه الى تكون القروح لقرحة هضمية ثانية ولعلها تكفي في الشيوخ الذين يندر تكون القروح فيهم . اما قطع المعدة فهو العملية الفضلى وهو اما ان يكون ضيقاً فلا يتناول الا ثلث المعدة او ان يكون متسعاً فيتناول ثلثها ويفضل غوسه ان يكون القطع متسعاً لان النكس بعده قليل جداً واما في القرحات الهضمية المثقبة فتختلف المعالجة بالنسبة الى التبكير في اجرائها وافضل ما يغفل اذا كان الامر مستطاعاً قطع القرحة والترميم التشريحي . ومتى كانت النواير شديدة الالتصاق يكتفى بالعمليات الملطقة .

المؤتمر الدولي الشعاعي « Radiologie » الثالث

(من ٢٦ الى ٣١ تموز سنة ١٩٣١)

مخلص بقلم الاشعاعي الدكتور محمد خالد خاشقجي مدير صحة المدينة المنورة

لم يكذبني زعيم الصحة العامة الدكتور بلازو « Blaisot » من خطابه الذي افتتح به المؤتمر الدولي الشعاعي الثالث في السادس والعشرين من تموز في مدرج الصوريون « Sorbonne » الكبير تحت رعاية رئيس الجمهورية ورئاسة السيدة كوري « Curie » الشرفية ورئاسة الدكتور انطون بـكلار « A. Bécélère » وعضوية اكثر من ١٣٠٠ طبيب اشعاعي وجراح من جميع بلدان العالم حتى نهض رئيس المؤتمر والقي خطاباً بديعاً قبول مرات عديدة بالتصفيق الحاد مرحباً بقدم المؤتمرين متمنياً لهم احسن اقامة متأسفاً لتخلف الكثير من الاشعاعيين الالمان بسبب الازمة الاقتصادية الحاضرة واصفاً التقدم التدريجي ان لم نقل الباهر الذي بلغه فن الاشعاع الطبي (radiologie médicale) في هذه السنين الاخيرة ، مذكراً الاعضاء بوجود تسليحهم بهذا السلاح الماضي في مكافحة الآفات الخطرة ولا سيما السرطان . ولم يفرغ من خطابه حتى تقدم امامه مندوب الجمعية الشعاعية الملكية في لندن واضماً بين يديه شهادة تقيسة من هذه الجمعية تقديراً لخدمات هذا الشيخ في عالم الاشعاع وعقبه الاستاذ شنز « Schinz » من

زورنخ مسلماً آياه الشهاده الشرفية لجامعة هذه البلاد، فعضو الجمعية الشيعية الاميركية مقدماً أيضاً باسم هذه الجمعية مطرقة الشرف «mailliet d'honneur» واخيراً تقدم الاستاذ فورسل (Forsell) من ستوكولم (وهو الرئيس السابق للمؤتمر الثاني سنة ١٩٢٨) راجياً من الرئيس قبول مطرقة الشرف ايضاً باسم الجمعية الشيعية في اسوج ومسلماً آياه العقد الذهبي المخصص لرؤساء المؤتمرات الشيعية وبعد ان جلس الرئيس بين تصفيق الجمع نهض الاستاذ الامعي فورسل والتقى كلمته في «مسكافطة السرطان المشتركة» وتلخص بعض ما قاله :
 بما ان انشاء المؤسسات الكبيرة الخاصة بالتحريات العلمية فيما يتعلق بالسرطان متعذر الا في عواصم الممالك الكبيرة يجب ان تكون هذه التحريات عن الامراض السرطانية مرتبة على الطرق نفسها المتبعة في فروع الطب الاخرى ، فالمطالعة الحيوية والتشريحية المرضية فالمرضية التجريبية للسرطان يجب ان تقوم بها المؤسسات الخاصة بالطب العام . واما الذرومن التشخيصي والسريري والعلاجي للسرطان فن متعلقات المخابر الخاصة بمداواة السرطان .

ويجب اذا امكن ان تلحق بالمستشفيات ، قاعات خاصة للعناية بالمرضى .
 عناية خاصة .

واذا شئنا ان نفهم الدور الكبير الذي يلعبه الاستشعاع «radiothérapie» في معالجة السرطان كان علينا ان نذكر ان ثلث المصابين بالسرطان يعودون الطيب ودأؤهم قابل للاستئصال وان ثلث هؤلاء يشفى شفاءً ثابتاً بالاستئصال الجراحي يفهم من هذا ان الجراحة لا تشفى الا عشر المصابين بالسرطان واما

في الحالات التي لا يستطيع فيها الاستئصال التام فيلعب الاستئصال دوره العظيم في ذلك المريض البائس الذي عجزت الجراحة عن ان تنقذه من مخالب هذا الداء الفتاك . فاما ان يشفى المريض واما ان يعود دائمه الذي لم يكن قبل للجراحة به قابلاً للاستئصال .

وقد اشترط الخطيب في الحصول على النتيجة المرغوب فيها ان يكون تعاون وتعاقد بين الجراح والاشعاعي الاختصاصي . و اشار الى نقطة ذات شأن وهي وجوب تعليم اطباء الاسنان والقوايل والمرضات اعراض السرطان المبديّة اما الاطباء فعليهم ان يتقنوها ويجب ان توزع على الشعب نشرات عن هذه الآفة الفتاكة بدون ان تهلع قلوبهم منها والغاية من هذا كله تشخيص السرطان الباكر لان فيه الشفاء العاجل .

اعمال المؤتمر :

الموضوعات التي تداولها المؤتمر

المسألة الاولى وموضوعها : الاستقصاء الشعاعي في بطانة الانبوب الهضمي

(بحث فيها لني غره غوري من نيويورك) .

المسألة الثانية وموضوعها : مداواة السرطان بالاستئصال قبل العملية وبيدها

(تسميتي منها حالات النكس والاستعمار) بحث فيها (لبنهام من لندن) .

المسألة الثالثة وموضوعها : الاستقصاء الشعاعي في الجهاز البولي بنفوذ المواد

الظلية «opaques» (بحث فيها الاستاذ هاينرخ من هامبورغ)

المسألة الرابعة وموضوعها : الإستئصال في الآفات الالتهابية (بحث فيها

الاستاذ ميلاني) .

وبما ان الموضوع الاخير حديث العهد في علم الاشعة فاننا نلخص بعض ما جاء فيه فقد أبان الاستاذ التقدير ميلاني ان الشفاء السريع الذي يحصل في الآفات الالتهابية باشعاع بؤرة الآفة المقصود ينحصر بالخاصة في الاشكال المرضية الحادة والخفيفة الحدة. اما الآفات المزمنة ولا سيما الاشكال النوعية فيها (كالسل، وداء الافرنج، وداء الفطر الشعاعي) فالشفاء فيها بطيء وغير مضمون. وقد قسم الآفات الالتهابية خمسة اصناف كبيرة (صارفاً النظر عن الاسباب) ١ - الامراض المقيحة «suppuratives» (الجلد، الاجواف، الاذن، الانف، الاسنان، الفك) .

٢ - آفات الاعضاء التناسلية الالتهابية .

٣ - آفات المفاصل والمفاصل الالتهابية .

٤ - آفات القصب والرئة الالتهابية .

٥ - آفات الجملة الغضبية الالتهابية .

وقد اثبت ان التجاح في شفاء الدم والجراحة الحميدة وخراجات الجلد والفلمونات لا جدال فيه فان اشعاع البؤرة الالتهابية قد يحمو الدم تماماً ويحدث في بعض الحالات المدّة «bourbillon» بدوز ان يكون هذا الموت ناتجاً من الجهاز الشعري الدهني وقد تكفي جلسة واحدة لاحداث المدة التي يتم الشفاء الفوري بانطراحها .

في قاعة التشخيص الشعاعي (radiodiagnostic)

أبان كانوا وأسل فائدة استعمال الطعام الظليل «repas opaque» الاتي في فحص جهاز الهضم :

كبريتات الباريوم الزردي	«sulfate de baryum cremeux»	٢٠٠ غم
شكولاته منحلّة	«chocolat soluble»	٢٠ سم
ماء حار		٦٠ سم

واليك اسباب رجحان هذا الطعام

- ١ - ككون تحضيره ممكناً في الحال اي حين الطلب
 - ٢ - ككون صلابته لا تختلف عن صلابة المواد الغذائية
 - ٣ - لا يحمل المعدة علي اجراء اي حركة آليّة .
 - ٤ - لانّ المعدة الطبيعية تفرغه بعد ساعتين او ساعتين ونصف ساعة ايّاً كان شكلها ونشاطها و ايّاً كانت وضعة المريض .
- وقد رجح الدكتور نامور تفوق الطريق الوريدي على الطريق القموي في تصوير المرارة (cholécystographie) وانه لم يستعمل طيلة حياته الا الطريق الوريدي الحالي من كل محذور .
- اطب الدكتور كلود بـكلار في ما لتصوير الرحم وملحقاتها -hystéro-salpingographie من الفائدة في مداواة العقم وتشخيص آفات الرحم وملحقاتها في آن واحد .
- واثبت الدكتور غوتمان شأن التصوير الشعاعي في تمييز الاسباب التي تحدث آلاماً في المرضى الحجرة لهم عملية مفاغرة المعدة بالامعاء وقد قسم هذه الاسباب سبعة انواع :

- ١ - استمرار افـة ما خارج المعدة «extra-gastrique» غير التي سببت العملية .
- ٢ - الاختلالات الوظيفية (عسر الهضم ، الاسهال) .

٣ - الالتصاقات .

٤ - افقة الغشاء المخاطي .

٥ - نقطة قرحة قديمة أو تكون قرحة حديثة .

٦ - السرطان .

وقد مثل على لوحة السينما شرائط « films » فأجاد في وصف علامات التصوير الشعاعي التي تميز لنا هذه الاسباب بعضها عن بعض .
وطلب غوسه وليدلابار من المؤتمر ان يكون التنتظر الشعاعي قبل العملية « la radioscopie pré-opératoire » قاعدة مضطردة يفحص به جوف الصدر ، القلب والرئتان للوقوف على حالة اعضاء مريضه الرئيسة قبل اي توسطت جراحي كيف لا وهو سهل الاجراءخال من الضرر لا يكرهه المرضى وانها اتبعا هذه الطريقة مع كثير من جراحي فرنسا منذ سنة ١٩١٢ وجنيا منها فوائد كثيرة يضيق بنا المقال عن ذكرها ولكننا لا نتخفى على الاطباء مداواة النزوف التناسلية باشعاع ملحققات الدرق (بدلاً من اشعاع الطحال) :

اشار الدكتور غاستون دانييل من مارسيليا باشعاع ملحققات الدرق « parathyroides » الشديد في مداواة نزوف الرحم وابان ان مقداراً خفيفاً منها يكفي لتنشيط التطور (métabolisme) والحصول على الشفاء وذلك بارسال كمية من الاشعة قدرها ١٠٠ r دولية « 100 r int. » في جلسة واحدة او جلستين شهريتين كل جلسة يعطى فيها « 100 r international »
وقد ختم المؤتمر جلساته بتعيين بلدة زوريخ « Zurich » موقعاً للمؤتمر الرابع المقبل في سنة ١٩٣٤ تحت رئاسة الاستاذ شنز Schinz من زوريخ

الدمل والجرمة الحميدة، الجرمة

للدكتور لوسر كل استاذ السريزيات الجراحية .

ترجها الدكتور عزة مريدن الطيب الداخلي في «ستشفيات دمشق»

«بين الآفات الجلدية التي لا يجوز التأخر عن مكافحتها خوفاً من عواقبها
آفتان لا تمنع كثرة حصولهما من الكلام عنهما وهما الدمل والجرمة . . .
الدمل . — لا شك انكم كلكم تعرفونه وربما أصبنا به جميعنا وقل من
كان في سنكم ولم يعلم مبلغ إزعاج هذه الآفة — فهي آفة مبتذلة وسليمة
غالباً حينما يكون الدمل وحيداً وعارضياً غير انما تصبح شاقة حينما يكثر عدد
الدامل او يتعاقب ظهورها بلا انقطاع او بفترات اسابيع او اشهر او سنين
وسنرى السدود المنعقة التي نبنيها في وجه هذه الآفة .

ما هو الدمل ؟ الدمل عجرة النهاية تتج من اثنان الجهاز الشعري الدهني
بالمسكورات العنقودية (ستافيلوكوك) المذهبة غالباً فيفضي هذا الاثنان الى
موات هذا الجهاز وجزء من البشرة المحيطة به بتأثير ذيفان العامل الجرثومي وهذه
الكتلة الميتة تنطرح دفعة واحدة وتدعى المدة او ام القيص . ولذا كره
ان درس العلامة باستور للدمل سنة ١٨٧٩ وكشفه الجرثوم المرضي في
ذات العظام والتي ، كان فاتحة الكشوف الجديدة التي قلبت الجراحة .

كيف يظهر الدم؟ ان الجراح غارّه الذي شاهد عدداً من الدمايل بعد ان مزخ عضده بمسبنت من قيح ذات العظم والتي اظهر ان تلقيح الجهاز الشعري محتمل غير ان التلقيح لا يتم في الممارسة بهذه الصورة .

فقد اهتمت الوساخة والتخريشات والاحتكاكات الجلدية المتكررة وحك الآفات الاكالة ولدغات الحشرات والسحجات الخفيفة التي تسهل دخول المكورات العنقودية العائشة على الجلد وفي الغبار غير ان كثيراً ممن يعتنون بصحتهم يصابون بدمايل كثيرة وآخرون ممن اعتادوا الوساخة التامة لا يصابون بشيء منها ؛ اذن يجب ان نلقي التبعة على البيئة -- فكل ما ينقص دفاع الشخص العام ينقص نشاط البلومات ايضاً ويسهل ظهور الدمايل فهي ترى في المتعبين والمسممين والناقبين وتصبح جداً معرفة السبب وتشاهد حيث يكثر الجهاز الشعري ولا سيما النقرة والابط والفخذ (في الفرسان) وعلى ظهر اليد او الاصابع .

وحينما تنكس الدمايل وتتعاقب تسمى العلة داء الدمايل .

وتقع العدوى بالتلقيح المتتابع غير ان ظهور الدمايل في الغالب يقع كما لو انتقل الجرثوم بالدم من دمل الى نقطة بعيدة من الجسم ليحدث دملًا جديدًا مسبباً بذلك تعفنًا دمويًا بالمكورات العنقودية وصمامة بالعمل المرض وهناك سبب مؤهل وهو الداء السكري الذي يجب التفكير فيه دائماً فيفحص البول كلما تعددت الدمايل او نكست ومهما يكن فالدمل يبدأ ظهوره ببارزة حمراء أكالة، في مركزها شعرة ثم تصلب ويزداد حجمها وتؤلف في اليوم الثالث او الرابع ورماً صغيراً مخروطاً قد يبلغ حجمه بيضة

الحمام، قاعدته صلبة حمراء عرضها متفاوت الاتساع وفي ذروتها بثرة صغيرة والناحية حارة مؤلمة — وفي اليوم الخامس او السادس يبدأ القيح بالسيلان من البثرة المتقرحة التي تبدو المدة في قعرها فتخف حينئذ الاعراض المؤلمة تدريجياً وتتناقص شدة الالتهاب وتنطرح المدة في اليوم الثامن فوراً وهذا اذا لم تستخرج بالمناقش متى لم تكن ملتصقة فتبدو مكانها فوهة كفوهة البركان تمتلئ تدريجياً ينما يزول التورم .

وفي اليوم الثاني عشر او الرابع عشر يشفى الدم تماماً تاركاً ندبة مدودة ثابتة . هذا هو ملخص سير الدم البسيط الذي ترافقه او لا ترافقه علامات عامة حسبما يكون حجمه كبيراً او صغيراً حسبما تظهر معه دمايل عديدة . وليس الدم دائماً سليمة فقد يترقل بالتهاب الاوعية اللمفية الذي يمتد الى الاحمة (النسيج الخلوي تحت الجلد) او الى الاكياس الآحية (استسقاء الغمد الآحي الحاد في الركبة) ولنعلم ان دملاً بسيطاً قد يكون سبباً في احداث ذات العظم والنقي الحادة او فلنمون ما حول الكلية او التهاب المفصل المتقيح غير ان ما نخشاه من عواقبه، حينما يستقر في الوجه ولا سيما في الشفة، التهاب الوريد الوجهي الذي قد يحدث التهاب الجيب الكهفي الخثري باشتراكه مع الوريد العيني هذه العرقلة المميتة في الغالب غير انها استثنائية والله الحمد .

ويرتكز تشخيص الدم على النظر غير انه متى شوهد في الابط او العجان فقد يختلط بالتهاب الغدد العرقية او الخراج العقدي الذي يكثر في الفرسان ولكن هذا الالتهاب يستقر في الغدد العرقية ولا ترى في مركز الخراج

العقدي شعرة والورم مدور وليس مخروطاً ومضضه أكثر من ألمه وأملس وينمو في النسيج الخلوي الرخو تحت الجلد وهو أكثر تحركاً على المسطوح العميقة وحينئذ يمر إلى التقيح يشمر بالتموج وليست فيه مدة غير أن تقرح الجلد المتأخر، حين حدوثه، يفتح باباً لقيح زبدي.

وقد تلتبس البثرة الحبيثة في الوجه بالدمل غير أن ما يميزها هو: اكليل الحويصلات والحشك ريشة السوداء المر كزية، ولون البحافات الاصفر الليموني والانتباج والصلابة المحيطية وجميع ما ذكر لا يعادل لخصاً جرثومياً قد يكون ضرورياً لجلاء الشك.

إن تكاثر الدمامل في نقطة واحدة يسمى الجمة الحميدة التي تتصف بظهور لوحة التهاب أديمي ثانوي تنقبها فوهات عديدة، وإن انتشار الالتهاب يزيد التورم والصلابة ويفقد التقيح غزيراً وقد تنجم منه فلعونات حقيقية وأما العلامات العامة التي تنتج منها فأشد خطراً مما في الدمل ولا سيما في السكريين وتتنجب الجمة الحميدة عادة النقرة مقرأ لها غير أنها كالدمل قد تكون في الظهر أو الفخذ أو الوجه أو الطرف العلوي وتدخل في ظهورها أسباب عامة أكثر من الدمل فكل ما ينقص الدفاع العضوي يهد السبيل للجمة الحميدة كالتهب والنقح والتسمم الكحولي والداء السكري غالباً حتى إن الجمة الحميدة قد تكون العرض الأول للداء السكري الخفي وتعلل كثرة ظهورها في السكريين أولاً بضعف المقاومة العامة التي تجرّها البيلة السكرية على العضوية وثانياً لأن النسيج المحتوية على السكر ريشة ملائمة لزيادة حمة المتكورات المنقودية وتكون الجمة الحميدة محدودة أو منتشرة

فتمت كانت محدودة شابهت عدداً من الدامل المتجمعة وقوام اللوحة وصلابتها ولونها. الاحمر البنفسجي دليل على اشتراك عناصر الجلد جميعها في هذه الحادثة الالتهابية والضغط عليها مؤلم دائماً وتظهر الفقاع فيها بسرعة ولا تلبث ان تتقرح وتخرج منها امهات القيح واما الحمي والاعراض العامة فقد تكون معتدلة في الاقوياء غير ان الألم شديد دائماً والأرق هو القاعدة واما الشكل المنتشر الذي يشاهد غالباً في السكرين فهو اشد خطراً لان اللوحة الصلبة الحشوية الشديدة الألم المثقبة والممتدة فيها لسينات من الجلد المائت قد تنتشر بعيداً وتكون الاعراض العامة فيها شديدة فالحمي عالية ، والنض صغير والهذيان كثير . وتبدو في الاشكال المسممة الشديدة العراقل القلبية والرئوية والآفات الكاوية وقد تقضي على المريض لذا فإنذار الجرمة الحميدة المنتشرة في السكرين محفوظ .

وقد يستمر تقيح ذلك التقرح الواسع اشهرًا عديدة وربما قضى المريض بتقيح الدم . وقد تقضي هذه الآفة الى اقتلاعات واسعة ، ونواسير متقيحة ، وتقيحات عميقة وغير ذلك من العراقل البعيدة الخطرة ، كالتهابات المفاصل ، وخراجات ما حول الكلية ، والتهابات الوريد

ولكن ما عساه ان يكون علاج هذه الدامل ؟ الواجب الاول الذي يترتب علينا صنعه هو خنق الدم منذ بدئه فاذا شاهدنا التهاب الجراب الشعري فلتعاش عصره وحكمه لانهما من دواعي اتساعه بل فلنطلبه بصبغة اليود او اذا امكن فلنجرب الاستلقاء الموضعي بقطعة من الشاش مبللة بلقاح المكورات المنقودية (أيمونيزول رقم ١٠ « immunizol n.10 »)

ثم يستر الدم بقطعة من التفتا المصمغة ويربط ويكرر هذا الضماد يوميا فإذا لم يخفِ الدم يكون قد سار الى القيح . ومتى رأينا دملا قد تكون كان علينا ان نسكن الالم ونسرع النضج بتطبيق الرفادات الحارة او بالرداذ وقد يفيد مربع من مشمع فيكوو والقاح الموضعي مفيد جداً في تسكين الالم ولا سيما في دمل مجرى السمع الظاهر ومتى تشكل القيح وذلك في اليوم السادس بزل الدم بالمكواة النارية او شق بعد التخدير بقلورور الاثيل فيسهل الشق انقراغ ام القيح في الايام التالية وليحترز من الشق قبل تكون القيح لان الشق الباكر يفتح الاوعية ويسهل التعفن العام وتسمم الدم ولا يمنع تكون ام القيح بل يدعو الآفة الى التوسع والانتشار فليغسل الجلد المحيط بالدمل بالصابون فبالكحول وليستر لثلا يتلقح والراحة والاستلقاء واجبان في جميع الحالات (برويدون دله او ايمونيزول حقنا تحت الجلد) واذا خشينا المراقيل كما لو كان الدم في الوجه فالانسولين في السكريين يمنع انقلاب الدم الى جمة حميدة وتطهر الايدي بكل اعتناء بعد كل ضماد .

وفي داء الدامل يتق انتشارها بغسل الجلد صباحا ومساء بالصابون وبمسحه بالكحول بعدئذ

ولنشارك مع المعالجة الخارجية المعالجة الداخلية فستحضرات القصدير داخلا او حقنا وخميرة الجمة الغضة اذا كان الحصول عليها ممكنا والاستدماة الذاتي (auto-hémothérapie) ١٠ سم ٣ كل يومين او ثلاثة ايام تعطي نتائج حسنة ولا سيما في الشيوخ بعد ان تتحقق سلامة قلوبهم وكلاهم .

وإذا اردنا الاسراع خوفاً من العراقل يلجأ أولاً الى استعمال لقاحات المكورات العنقودية وحدها الجاهزة الشافية او الى اللقاحات المتعددة القوى (من مؤسسة باستور ، دلبه ، ايمونيزول) ثم تنهى المعالجة بالاستلقاح الذاتي اتقاءً للنكس بعد ان يكون قد استحضر ويستغرق هذا التحضير يومين او ثلاثة ايام .

ويناهض البعض البعض في الوقت الحاضر هذه الطريقة مدعين انها لا تخلو من المحاذير ولا سيما تحسيس المريض وتهيئة هجمة جديدة من الدمامل حين استعمال اللقاح ويشير الدكتور موت (Maute) الاختصاصي في الاستلقاح في الآفات السائرة سيرها باستعمال محاليل المكورات العنقودية الصودية حقناً في الوريد وفي كل حبة مليغرام واحد من مادة المكورة العنقودية يحقن الوريد ثلاث حقن الاولى نصف سم ٣ والثانية في الغد او بعد الغد بثلي سم ٣ والثالثة بعد يومين او ثلاثة ايام باستمرار مكعب واحد ولا يبدأ باستعمال اللقاح الذاتي الا وافي الا بعد ان تكون قد مرت على شفاء الآفة الحادة عدة ايام ويجب عادة ان ينتظر انتهاء هجمة الدمامل قبل البدء ولنصف الحمية الموافقة التي من شأنها اصلاح البيئة بحذف المواد السامة (القهوة والكحول والتبغ) والسموم الغذائية بالمليينات ومنع المريض عن السكر حتى في الحالين من الداء السكري .

كانت معالجة الجرمة الحميدة موضوع جدال في البدء فالرذاذ والضماذات باللقاح والاستدماه الذاتي والاستلقاح قد تغلبت على الجراحة لانها كانت كافية لتسكين الالم وتحديد التهاب والشفاء ولكن متى كانت الجرمة الحميدة

ضخمة ومنتشرة ومحدثة آلاماً جادة وكانت تتضمن قيحاً وجب التوسط مع استعمال التلقيح ايضاً فتنشق الاوحة جميعها بعد التخدير العام شقاً صليياً وتسليخ الشريحتين الاربع حتى القاعدة وتقلب وترفع امهات القيح والنسج الميتة كتلة واحدة اذا امكن ثم تكوى باللكواة النارية وتضمد بالشاش المبلل باللقاح .

وعلى الرغم من كون الضياع المادي كبيراً في بعض الاحيان فانه لا يلبث ان يترمم ويفضي الى نتيجة حسنة . والانسولين يعيد الجمرة الحميدة في السكريين شبيهة بها في الاشخاص الآخرين — وليس ما يمنع استعمال الاستئصال فيهم .
الجمرة : هي عرقلة تتعرقل بها الجروح وقد اصبحت نادرة في الجراحة منذ عهد الطهارة ولكنها قد تشاهد في المرضى الآتين من الخارج وهذا المرض سار تحدته المكورات العقدية (ستربتوكوك) التي لا تختلف ابداً عن المكورات العقدية الغزلاء التي تصادف على الجلد والاعشبة المخاطية فان هذه تكتسب حمتها وتصبح عاملاً ممرضاً متى توفرت لها الاسباب المهيئة .
ضعف البنية وتقيح الجروح . والفلمونات وحمرة الوجه وحمى النفاس .

ودور التفريخ في هذه الآفة قصير من بضع ساعات الى بضعة ايام ثم تبدو اعراض عامة كما في سائر الالتهابات فيبدأ بها المرض :

صداع وغثيان ووعك وقد يعترى المريض عرواء شديدة وترتفع الحرارة الى (٣٩ — ٤٠)° ويسرع النبض ويتسخ اللسان ويقل البول وقد يصبح آخنيا ويهذي المريض والخب . . ويتورم الجرح ويؤلم وتحمر شفتاه . يأخذ الإحمرار بالاتساع تجديده بارزة هي الحوية التي تشاهد بالنظر ويشعر بها

بالجلد وإذا استحضرت مستحضري من هذه المنطقة بدت فيه مكورات عقدية كثيرة .

وتتسع اللوحة الحمراء اتساعاً متفاوتاً الشدة حتى اليوم الثامن أو العاشر اذ تفقد المكورات العقدية تحتها فتصفر اللوحة وتنخفض الحوية وتتوسف البشرة ويتم الشفاء ثم يستعيد الجلد تدريجاً منظره الطبيعي وتخف الأعراض العامة فتهبط الحرارة ويعود كل شيء الى ما كان عليه .

هذا هو الشكل المتوسط الحدة من حمرة ظهرت في شخص حسن البنية . وهناك اشكال فلفمونية غفريية وتقيحات تحت الجلد وغير ذلك والعراقل الموضعية والعامة ممكنة الحدوث وتابعة لحمة المكورات العقدية ولاشخص المصاب فالولدان والكحوليون والمنهكون والمصابون باختلالات حشوية ربما يقضون . بتعفن الدم او بالعراقل الحشوية .

غير ان هذه العراقل لا تحدثها الا اشتراكات جرثومية ولم تعد تضادف الحمرة الميته اليوم والله الحمد .

والحمرة من الوجهة التشريحية التهاب ادمة يرافقه تفاعل في البشرة متفاوت الشدة او في النسيج الخلوي الواقع تحتها غير ان شدة الآفة تقع في الادمية وذلك ما يملل خيبة المعالجات الخارجية الكثيرة التي استعملت حتى الان فان المكورات العقدية التي تستقر في الادمية تحميها البشرة من فعل مضادات الفساد ، وقد يظن ان الفوعة نال الاستئصال بالمكورات العقدية مفيدة غير ان الاراء مجمعة الان على ان المصل المضاد للمكورات العقدية لا فائدة منه . وهناك مصل جديد قدمه المحقق الطبي الاستاذ فانسن ولعله

اشد فعلاً من سواء غير ان انتظار النتائج التي ستجني منه واجب قبل القول بفائدته .

واما المعالجة الصارمة باللقاحات الجاهزة كبرويدون دلبه الذي لا يستعمل كلقاح بل كمادة صامدة فقد أعطت نتائج أكيدة ويجوز جرباً على نظرية بسر دكا القائلة بوجود الخلايا الاخذة ان يضمم الجلد بشاش مبلل باللقاح فتحدث مناعة جلدية موضعية ويسكن الألم .

واذا شئنا ايقاف سير الحمرة السريع كان علينا ان نفتش عن الباب الذي ولجته المكورات العقدية : جروح الانف او الصوار او الاجفان في حمرة روجه ، سحقة جلدية او جرح عملي في الحمرة الاخرى فنضدها باللقاح لان اللقاح يتبع الطريق الذي سلكه التمعن

وتقوى الحالة العامة بأقوى الوسائط فتعطى مقويات القلب ويستقيم في حالة الاحشاء لداء العراقل وفي الحالات السليمة تفقد المكورات العقدية حتمها عفوا بعد بضعة ايام كما يقع في المستنبتات
واما العدوى فتكافح بعزل المريض .

ما هي الحياة ؟

للدكتور ارشيبالد هندرسون الشهير

نقلها الى العربية بعض تعرف الدكتور كامل سليمان الحوري
(بروكلين نيويورك)

ان في العلوم المختصة بدراسة الحياة . والتي يدور فيها البحث عن اصل ونمو وتركيب وظائف وتفرق النبات والحيوان ، والتي تشمل فن الطب بين فروعها وموضوعاتها ، نرى ان اهمّ الابحاث الاساسية هي التي تفحص عن قضايا الحياة .

فما هي اذاً الحياة ؟ وكيف تتأق ؟ وكيف نستطيع ان نلبث احياء ؟ وما هي العناصر والجواهر الاولى والقوى الحيوية في الانسجة ؟

ففي مثل هذه الابحاث الاساسية نرى العلماء الذين هم من طبقة وطابع الدكتور الكسيس كاريل « Alexis Carrel » و جاك لوب « Jacques Loeb » يصرفون معظم اوقاتهم . فان الاول قد احرز شهرة طائرة طبقت سميتها الآفاق باكتشافاته المدهشة في هذا المضمار .

ولد « الكسيس كاريل » في مدينة ليون الفرنسية سنة ١٨٧٣ ولبث مواظباً على الخدمة والدرس في المستشفيات والكلية ، ودائباً على بذل

جهوده في التجارب والبحث والتنقيب . ولما بلغ السنة الثانية والثلاثين أمَّ شطر الولايات المتحدة . وبعد مكثه سبع سنوات فيها امتاز باحرازه قصب السبق بين اقرانه ، اذ كان اول اميركي نال جائزة نوبل مكافأة لمساعداته الخطيرة وابحائه القيمة في مضمار الطب .

واهم اكتشافات الدكتور «كاريل» قائمة بعمله الانسجة الحيوانية تنمو — وهي منفصلة عن الجسم — ومعلوم ان لنمو وتنبيه حيوية الانسجة الحية اهمية عظيمة في الطب — اذ عليه يتوقف امر مضادة تأثير الامراض على انواعها .

تخرج الدكتور كاريل على ايدي لينوينهت وبول برت «Paul Bert» ، وقد صب كل افكاره لتبيان ما كان يعتقد من ان الانسجة حقيقة تنمو خارج البدن في حالة حيوية كامنة اي راقدة . فانه اخذ قطعاً مختلفة من الجلد والاوعية الدموية ، وسمحاق العظام في الفراخ الفتية ، ووضعها في آلة مبردة ضمن محاليل مختلفة التراكيب على درجة منخفضة من الحرارة ، فكانت هاتيك القطع تحيا وتنمو .

ومن اكتشافات الدكتور كاريل الخطيرة مزجه اجزاء متناسبة من البلاسما الموجودة في دم الفراخ البالغة وعصاره جنين الدجاجة ، واتخاذ ذلك كوسط او مزدرع ناجع لتنبيه أسر او مجاميع جديدة من النسيج الموصل ، وجعلها تستمر متزايدة الى ما لا نهاية له .

وافضل تركيب هو مزج جزئين من الاول الى جزء واحد من الثاني

فذلك يأتي بنتائج مدهشة . وقصارى القول فقد أدّت أبحاثه الى حفظ خلايا الانسجة -- وهي خارج البدن - وجعلها تتزايد مدة ثلاث سنوات وفي احد الحوادث طعم بقطعة شريان رجل شريان كلب ، وبعد اربع سنوات كان ذلك الطعم متصلاً وظائفه وقد تخطى الى اكثر من ذلك اذ انه فصل اعضاء حيوان حيّ وابقاها سابحة في سائل فاستمرت قائمة بأتمام وظائفها مدة تجاوزت ثلاث عشرة سنة وقد تطوع الدكتور «كاريل» اثناء الحرب السكونية في خدمة فرنسا مع انه كان منضماً من زمن طويل الى معهد رو كفلر الشهير في نيويورك ومنقطعاً الى الابحاث الطبية .

وقد انضم اليه الدكتور «داكين» Dakin الانكليزي . فتوفقا كلاهما الى استحداث طريقة ملائمة بالفوائد ، واصلها الى درجة الاتقان ألا وهي شفاء الجروح بما اطلق عليه العلماء اسم طريقة «كاريل - داكين» «فداكين» استنبط محلولاً متجيداً - اي ليس حامضاً ولا قلوياً او قاعدياً - من هيوكلورية الكلس (الجير) كمضاد قوي للفساد في حوادث الجروح المختلطة بالانتان . وكاريل كدّل اختراع الطريقة الفنية «technique» المثلى والجهاز الموافق لاستعمال ذلك العلاج .

فطريقة «كاريل - داكين» هذه قد دعيّت بحق اعظم اكتشاف جراحي ظهر للوجود منذ ايام لستر (Lister) الى اليوم .

فصح والحالة تلك للعلم والعلماء ترديد القول المأثور :

عش رجياً ، ترعّباً

بحث في بعض اضرار التبغ وتأثيره

في القلب والاوعية الدموية

للدكتور كامل سليمان الحوري (بروكلين نيويورك)

يذهب اكثر مدخني التبغ والمجذنين استعماله ، والقائلين بندرة اضراره الى انه من جسمى الوسائل لتسليية خاطر ، وتفريج الكروب ، وتهوين الخطوب . ويزعم غيرهم بانه اذا كان هنالك ضرراً من التدخين فينحصر اجله في بطنانة القم والمريء وخلايا الرئتين والقصبات . وحتجهم بذلك ان الدخان الناشئ من احتراق تلك العشبة المخذرة الذمية يدخل لدى امتصاص السيكاره او القليوب القم والمريء عند المبتدئين بالتدخين والرئتين والمعدة عند مستعبدى هانك العادة الكريهة . وقد فاتهم — سبحانه الله — ان للتبغ المدخن تأثيراً سيئاً في عضل القلب قد يؤدي باستمرار العادة والافراط الى ايجاد مرض في القلب سماه الاُساءة : الخفقان التبغي « palpitation tabagique » . وكثيراً ما يؤدي ذلك الى انسداد الدم والجسم عموماً . واذا استمر المدخن مفرطاً في تدخينه جرّه ذلك الى علل متعددة تنهك قوى الجسم اخيراً ، وتؤدي بالحياة .

وقد بحث نفر من اساطين الاطباء في فرنسا في اضرار التبغ فثبت لهم ماله من التأثير السيء المردي في اعصاب القلب وعضلاته .

وقد تحقق غيرهم من البعثة المنقبين ان فعل النيكوتين الموجود في التبغ والتبناك لا يقتصر على القلب فقط بل يعم الاوعية الدموية واخصها الأبر « aorte » ويسبب احياناً اعراضاً مخيفة تهدد الحياة وذلك ما يسمى بلسان الطب بخناق الصدر

والحقائق ان الاساة الفرنسيين هم الذين فاقوا في هذا البحث سواهم من الاطباء والبعثة الاوروبيين والاميركيين. فدرسة باريس الطبية لها القدرح الاعلى في هاته المباحث القيمة الخطيرة. اذ ان اساتذتها الحضارم الاعلام قد حملوا دخان التبغ بكواشف «réactifs» كيميكية وانكشفت لهم ان له فعلاً مضعفاً للنبضات القلبية فهو يقلص عضل القلب تقلصاً ظاهرياً. وهذا التقلص وذلك الضعف يحجر رويداً رويداً الى وقوف القلب وقوفاً تاماً اذالم يبادر الى انعاشه بالحقن المنبهة والفواعل الموقظة، وكل هذه المقررات قد عززتها التجارب والابحاث المتكررة بتؤدة وصبر ودقة .

وانا نحض من يهمة سلامة قلبه ، ومن يرغب اجتناب اعراض الخفقان التبغوي المزعج والمخطر ان يراجع بدقة وتروية نشرتنا الموسومة « باضرار المسكرات والدخان » اذ قد اثبتنا فيها اختباراتنا واختبارات العلماء الاعلام في ذلك الشأن .

صناعة الورق

٦.

للدكتور في الصيدلة صلاح الدين مسعود الكواكبي

البحث الثاني

المواد الابتدائية المستعملة في صناعة الورق

المواد الابتدائية المستعملة في صناعة الورق هي :

- ١ - الماء
- ٢ - الكلس
- ٣ - الصود
- ٤ - الكلور وملاحه القاصرة
- ٥ - الشب
- ٦ - اذداد الكلور نحو تحت كبريتيت الصوديوم ، كبريتاة القصدير وكلور القصدير
- ٧ - بعض الراتنجات كالقلفونة
- ٨ - بعض مواد معدنية كاليلون الايض (كاولين) وكبريتاة الباريوم
- ٩ - دقيق البطاطا

١٠ - الهلام (الجلاتين)

١١ - الاصباغ نحو مشتقات القطران النباتي والمعدني والمثبتات

١٢ - الوقود

وسنفي كلاً منها حقها من البحث لخطورة شأنها :

١ - الماء

ان لدرجة صفاء الماء شأناً في صناعة الورق . فمن المياه ما يكون عكراً اي محتوياً على مواد غضارية او سليسية معالقة . ويشاهد ذلك بعد المطر في مياه الانهر المؤسسة على جوانبها معامل الورق . فمن الحتم والحالة هذه اتخاذ احواض واسعة لترويق الماء وترشيحه . لهذه الاحواض المصنوعة من الشمتو قرار يفرش بطبقة من الحصى سمكها ٠,٧٠ الى متر واحد . واذا استعمل الماء كما هو عكراً ساءت النتيجة وخرج الورق ملوناً بلون اصفر . ومن المياه ما يحتوي على مواد عضوية منحلّة فيه فلا يصلح للاستعمال في صنع الورق خصوصاً لانه يحتوي على النشادر والازوتيت .

ومنها ما يحتوي على ملاح بكثرة منها الكلسية اذا احتوت على فحاة الكلس ؛ والجبسية اذا احتوت على كبريتاة الكلس اي الجبس ؛ والمنغزية اذا حوت ملاح المغنيزيوم .

تحليل الماء . - يشمل هذا التحليل : تعيين قساوة الماء والخالصة الجافة وكشف الازوتيت والحديد .

اولاً - قساوة الماء : تعرف قيمة الماء ودرجة قساوته بمقياس الماء . ومقياس الماء مؤنسب على خاصة ترسب الملاح القلوية الترابية التي يحويها الماء ، بحلول :

الصابون (المعاير بالنسبة لمحلول الكلسيوم) حتى حدوث زبد ثابت ويحضر محلول الصابون كما يلي :

يذاب ٥٠ غراماً من الصابون في ٨٠٠ سم . م من الكحول درجته ٩٠° ويضاف ٥٠٠ سم . م من الماء المقطر ويعاير بمحلول كلور الكلسيوم المعاير (٢٥٠ ، ٠٠ غراما $CaCl_2$ في اللتر) او $BaCl_2 \cdot 0.05$ او ٠.٥٩ من ازوتاة الباريوم) وكل ٤٠ سم . م من محلول كلور الكلسيوم يترسب بـ ٢٢ درجة من درجات قطارة مقياس الماء او ما يعادل ٢.٤ سم . م من محلول الصابون لحدوث زبد بارتفاع خمسة ملترات يثبت خمس دقائق .

ولتقدير درجة الماء يؤخذ منه في الزجاج المدرجة الخاصة ٤٠ سم ، ثم يقطر عليها من محلول الصابون الموضوع في قطارة مقياس الماء وتخفض في كل مرة حتى يحدث زبد بارتفاع خمسة ملترات يثبت خمس دقائق . واذا كان الماء كلسيا كثيراً بحيث تبلغ درجة قساوته ٣٣° فاكثر يؤخذ منه ١٠ — ٢٠ سم . م ويعد بالماء المقطر الى ٤٠ سم . م ويعاير ثم تضرب النتيجة برقم (٤) او (٢)

هذا والحد الاقصى للماء الصالح للشرب هو ٣٠ درجة بمقياس الماء ويمكن الحصول على درجة القساوة الثابتة بغلي شيء من الماء المطلوب فحسه لترسيب جزء من الملاح التي يحتوي عليها . ثم يعاير كما سبق .
ثانياً — الخلاصة الجافة : يعرف مقدار الخلاصة الجافة بتبخير كمية معلومة من الماء مضافا اليها ٢ بالالف من فحمة البوتاسيوم . ثم تجفف البقية على حرارة قدرها ١١٠° بضع ساعات . وتوزن بعد طرح مقدار فحمة البوتاسيوم

المضاف ، ثم تكس على درجة النار الحمراء المعتمة ويماد تكليسها بلطف بعد اضافة قليل من خبثا النشادر . ويجرى الحساب كما يلي :

م = مقدار الخلاصة الجافة

ج = مقدار الرماد

م - ج = مقدار المواد العضوية

فاذا كان مقدار الخلاصة الجافة في الماء ٠,٠٥ - ٠,١٠ في اللتر عند الماء جيداً واذا كان ٠,١١ - ٠,٢٠ عد قاسياً بعض القساوة . واذا كان اعظم من ٠,٢١ عد قاسياً .

ثالثاً - - - - - الازوتيت : يعرف مقدارها بسهولة كما يلي : يؤخذ من الماء ١٠ سم . م يضاف اليها قطرة واحدة من حمض الكبريت الخامس الصافي وقطرة واحدة من محلول مشبع من حمض السلفانيك وبعد بضع دقائق قطرة من محلول مشبع من كبريتاة النافثيلامين . فيدولون وردي يستحيل الى لون احمر عقيقي اذا كان في الماء شي من الازوتيت

فاذا كان مقدار الازوتيت في الماء ملغراما واحداً في اللتر بدا اللون آتياً ويمكن تحضير نماذج مختلفة ومقارنتها بالماء المطلوب فحصه .

فالله الصالح للشرب يجب ألا يحتوي من الازوتيت على اكثر من ٠,٠٢ من الملع بالتر .

رابعاً - - - - - الحديد : بعض انواع المياه تحتوي على شي من الحديد وتكون مع ذلك رائقة شفاقة وعلى درجة مناسبة من درجات مقياس الماء . هذه المياه لا تصلح للاستعمال في صنع الورق الجيد لانها تصبغه . ويكشف

الحديد فيها محلول فروسيانور البوتاسيوم او فريسيانور البوتاسيوم	
فروسيانور البوتاسيوم / راسب ابيض ثم يذوق	املاح الحديد من الحد الاصفر
فروسيانور البوتاسيوم / لون ازرق بروسيا	» » »
فريسيانور البوتاسيوم / راسب ازرق مشبع	» » »
فريسيانور البوتاسيوم / لون احمر قان	» » »

٢ - الكلس

يستعمل الكلس في مصانع الورق لمعالجة خفاة الصوديوم في اثناء القصر . وفي استحصال ثاني كبريتيت الكلس . لذلك يجب ان يكون سمياً ونقياً ما امكن . وتختلف كمية الكلس CaO من ٦٠ - ١٠٠ في المئة من الكلس المستحصل من الرخام الصافي . لهذا السبب يجب ان تكون كمية الكلس CaO فيه ٨٠ - ٩٠ % . وان يكون مرصوفاً ما امكن .

فاذا كان الكلس مرصوفاً وجيداً اتسع حجمه بسرعة عند معالجته بالماء . ويجب ألا يحتوي على اجزاء غير مشوية ولا ان يحدث فوراناً بمعالجته بحمض الكلوريدريك (دليل وجود CO_2) .

اما الكلس النث او المشرب فيكون بلون اشهب قليلاً او كثيراً بحسب كمية الشوائب .

وفيما يلي نذكر الثقل النوعي للبن الكلس في درجات مختلفة من الاشباع :

الثقل النوعي للبن الكلس مقدار الكلس في مائة كيلوغرام مقدار الكلس في مائة لتر

١٣,٣٣

١٠,٦

٩,٠٧٤

١٥,٢

١١,٦

١٠,٩١

١٧,٠

١٢,٧

١٠,١٠٧

الثقل النوعي للبن الكلس مقدار الكلس في مائة كيلو غرام مقدار الكلس في مائة لتر

١٨,٩	١٣,٧	١,١٢٥
٢٠,٧	١٤,٧	١,١٤٢
٢٢,٤	١٥,٧	١,١٦١
٢٤,٠	١٦,٥	١,١٨٠
٢٥,٣	١٧,٢	١,١٩٩
٢٦,٣	١٧,٨	١,٢٢٠
٢٧,٠	١٨,٣	١,٢٤١
٢٧,٧	١٨,٧	١,٢٦٢

تحليل الكلس . - تؤخذ قطع مختلفة الحجم من نواحي مختلفة من الكتلة ويسحق الجميع ناعماً يؤخذ من هذا المسحوق مقدار هو النموذج الوسط ويجرى عليه التحليل :

١ - تقدير الكلس وفخامة الكاسيوم . - يذاب الكلس في حمض الكلوريدريك ويرشح وتعالج الرشاحة بـ حمض الكبريت ويضاف إليها قدر مثلي حجمها من الكحول . ترشح من جديد . يؤخذ الراسب وهو كبريتاة الكاسيوم ويكلس ويوزن ويضرب الناتج برقم ٠,٤١١٨ للحصول على مقدار الكلس CaO .

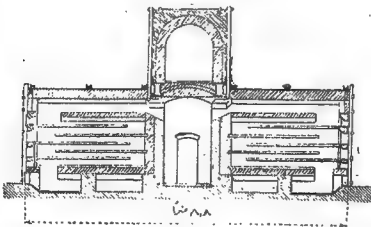
٢ - الكلس . - بما ان الكلس يذوب في محاليل السكر وان فخامة الكاسيوم والالومين والمائزوا وفخامة المائيزيوم لا تذوب فيها يؤخذ غرام واحد من الكلس المسحوق ناعماً جداً ويذاب في ١٥٠ سم^٣ من محلول

سكر القصب نسبته ١٠٪، يرشح السائل ويغيار بسائل حمض الكلوريدريك المعيار (CH ٣٦.٥ بالاتر) بملامسة المثل البرتقالي مشعراً ان كل ١ سم^٣ م من المحلول الحامض المضاف يعادل ٠.٠٢٨ غراماً من الكلس CaO .

وقد يرسب الكلس من محاليله بمعالجته بمحاضاة النشادر بعد اشباع السائل بروح النشادر ولا يجوز استعمال الكحول مطلقاً. ثم يكلس الراسب ويرمد ثم يعالج بوضع قطرات من حمض الكلوريدريك لتحويله الى كلور الكالسيوم ثم يوضع قطرات من حمض الكبريت لتحويله الى كبريتاة الكالسيوم ويعاد تكليسها ثانية كما في رقم ١ .

واذا اريد تقدير المائز ترسب في المحلول الابتدائي بحالة فضفاضة النشادر والمائز .

ثاني كبريتيت الكلس . -- يستعمل ثاني كبريتيت الكلس في صناعة الورق المستحصل من الحشب . ويجهز بواسطة بلا ماء حمض الكبريتي



SO₂ . وهذا

يستحصل بحرق

الكبريت او

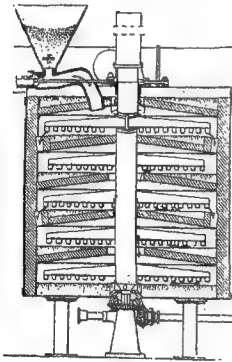
البريطس وهو

الغالب الذي

الشكل (٦) موقد المائز - (طراز حديث).

يحتوي على ٥٠٪ من الكبريت كما في تجهيز حمض الكبريت، وذلك في موقد خاص ذي طبقات يدعى موقد مالترا (Malettra). ولما تحترق حجارة الكبريت في الرف الاسفل يكشطها العامل ويجرف اليه ما على الرف الذي يعلوه وهكذا دواليك حتى يصل الى الرف الاعلى فيلأه من الفلز الجديد.

وقد يستعمل موقد هرشوف (Herreshof) الذي يشتغل بواسطة الآلات



وهو يتألف من طست اسطواناني من الصاج المبطن بالآجر المتحمل للحرارة يمر من وسطه محور ذو سواعد افقية متصلة به على زوايا قائمات تدعى مكاشط. وعلى هذه السواعد اسنان مائلات بحيث يجرفن الفلز الموجود على الرف الاعلى، من المركز الى المحيط فيلقينه الى الرف التالي. اما اسنان

الشكل (٧)

موقد هرشوف

المكشط الثاني فهي على عكس ما في المكشط الاول اي هن بحيث يجرفن الفلز من المحيط الى المركز فيلقينه الى الرف الثالث وهكذا دواليك.

(للبحث صلة)

رزاء أليم

نعمي الى قراء هذه المجلة احد خريجي معهدنا الطبي الذي نال شهادته في السنة الماضية وهو المأسوف على شبابه الغض وذكائه اللامع واخلاقه العالية المرحوم الدكتور مسلم القاسمي . كان الفقيد منذ منتصف السنة الماضية طبيباً داخلياً في المستشفى وقد برهن في اثناء اقامته في معهدنا على دماثة اخلاق واجتهاد وذكاء فكان مقرباً من اصدقائه محبوباً من المرضى الذين كان يتولى مداواتهم الى ان وافاه الأجل المحتوم . وقد مشى في جنارته معهدنا الطبي باساتذته وطلابه وذلك يوم السبت الواقع في ١٤ ت ٢ سنة ١٩٣١ وكان الطلاب يحملون امام نعشه اكاليل الزهر الى الجامع الاموي حيث صلي عليه ومنه الى مقبرة باب الصغير حيث رثاه عدد من الخطباء . فمعهدنا الطبي يأسى كل الاسى لهذه الحسارة الفادحة ويتقدم الى اسرة الفقيد العزيز بواجب التعزية رحم الله الفقيد رحمة واسعة وألهم آله الصبر والسلوان .

عودة عميد الجامعة

بعد ان تغيب معالي عميد الجامعة السورية الاستاذ رضا بك سعيد في البلاد الفرنسية زهاء خمسة اشهر قضاهها في سبيل خدمة الجامعة وابلاغها لمصاف الجامعات الكبرى في العالم الغربي عاد الى الوطن على الباخرة مريت باشا فاستقبله في بيروت على ظهر الباخرة وفد مؤلف من بعض اساتذة معهد الطب واعضاء محفل قاسيون وبعد ان صرف في العاصمة اللبنانية يومين عاد الى دمشق ولم يكذب شيع خبر قدومه حتى تألفت وفود عديدة من اساتذة الجامعة والوجهاء والاعيان والادباء وطلبة الجامعة فساد بعضهم الى شتوره والآخرين الى ميسلون وغيرهم الى دمر حيث اجتمع القوم جميعهم فامتطى معالي العميد سيارته وسار رتل كبير من سيارات الوفود ورائها حتى المدرج الكبير في الجامعة السورية حيث كان حشد كبير جداً بانتظار العميد ولما أطل عليهم استقبل بالهتاف والتصفيق فخطب الاستاذ الصيدي عبد الوهاب بك القنوازي مرحباً باسم اساتذة الجامعة وتلاه الاديب السيد بشير الشريفي باسم طلاب الجامعة فالسيد محي الدين السمرجلاني باسم طلاب التجهيز فالسيد ابراهيم دوماي باسم محفل قاسيون

وبعد ان فرغ الخطباء من الترحيب وتعداد اياديه البيض على الجامعة نهض معاليه ولفظ كلمة شكر فيها المستقبليين مينا الفوائد التي يستطيع الحصول عليها من الاسفار العلمية وانصرف الجميع يهتفون للعميد والجامعة متمنين ان يحقق معاليه تلك الامال العظام التي تضعها الجامعة في شخصه الكريم

مطبوعات حديثة

١ - تقويم البشير ١٩٣٢ .

يصدر الاب العلامة لويس معلوف اليسوعي مدير جريدة البشير الغراء في كل سنة سفرأ جليلاً يسمى « تقويم البشير » وقد اهدى الينا حضرته تقويمه عن السنة ١٩٣٢ فرأيناه حافلاً بشتى الفوائد وفي هذا التقويم عدا المعلومات الاقتصادية والعلمية والتاريخية والجغرافية شذرات ادية لكبار الادباء والشعراء وفيه ايضا رسوم قصر اشبيلة والقلمة الحمراء ومحراب جامعها البديع الصنع ومحراب جامع قرطبة وغيرها من الرسوم الدالة على اتقان الهندسة في ذلك العهد والناطقة بفضل العرب . فنحن نشكر للاب العلامة هديته الثمينة راجين منه المشاركة على اصدار هذا السفر المفيد .

٢ -- الجزء الثالث من خلاصة مؤتمر القاهرة الطبي

كانون الاول سنة ١٩٢٨

اهدت لجنة المؤتمر الى مكتبة جامعتنا السورية هذا المؤلف الضخم الذي يقع في ١٠٩٨ صفحة باللغتين الفرنسية والانكليزية وقد نشرت فيه التقارير والابحاث الطبية المائدة الى الجراحة وامراض النساء وطب العين والامراض الباطنة وفن الجرائم . مع الاعتراضات والمعلومات العلمية التي كان يبدئها السامعون .

وهو مؤلف عظيم القائدة يوقفنا على كل مستحدث في الشعب الآفة

الذكر ولا سيما على امراض البلاد الحارة منها .

فهرس المواد العام

للمجلد الثامن من مجلة المعهد الطبي العربي

مرتب على حروف المعجم

الصفحة	
١٢٠	ابرهم يحيى (قصيدة السيد
٥٩	ارليخ وبهرينغ
٣٦٢	— الألم (جراحة —
٥	المؤتمر الجراحي الفرنسي التاسع والثلاثون
٥٩٦	المؤتمر الجراحي الفرنسي الاربعون
٦٠٩	المؤتمر الدولي الشعاعي الثالث
٢٩٥	المؤتمر الطبي الرابع للجمعية الطبية المصرية
٦٤٠	المؤتمر الطبي الرابع للجمعية المصرية (خلاصة —
٤٦٨	— المؤتمر الطبي الفرنسي لسنة ١٩٣٥ (خلاصة —
١٩٣	بثرة الشرق في دمشق
٢٥٩	بثرة ما تحت الفك الحثينة
٦٤٠، ٦٤١	... البشير (تقويم —
٣٥٢	— البنفسجية في الجراحة (أشعة ما فوق —
٦٢٨	— اثنبغ (اضرار —

ج

جان لويس فور في بروكسل (محاضرة)	٤٠٣
جراحي التد (الى -	٤٦٢
الجنابات القيحية	٥٨٥

ح

الحجرة	٦١٥
الحمل المشووم الطالع	٣٠٩
التحولات (داء	٥١٣
التحولات (حول استقرارات داء	٥٦٠
متحولة المنشأ (هل من دليل على كون التقيحات الرئوية ---	٥٥٧
التحولات المزمن (تشوشات معدية معوية وعصية انعكاسية قالية لداء	٥٣٨
التحولات واللامبيات (داء	٥٤٩
التحولات المزمن ومعالجته (مشاهد داء -	٥٦٤
التحولي (بعض انظواهرات العصبية النفسية المشاهدة في سياق الزحار ---	٥٤٤
التحولي الحاد (حول التهاب الاعور	٥٢٩
التحولي في فلسطين (الزحار -	٥١٩
التحولي المنشأ (التهاب الزائدة الموهم	٥٢٦
الحياة (ما هي ---	٦٢٥

خ

التخدير القطني (طريقتنا في .	٤٥٤
الحصية والبرنج (التهابات .	٤٠٩

— د —

٤٠	-- دار كتب الجامعة (افتتاح الدروس و
٢٩٨	.. للدفتيريا (التلقيح المضاد
٢٦٣	.. الدماغية (الأورام
٦١٥	الدمل والجرمة الحميدة

.. ذ ..

٣٨٥	.. ذنب الفرس مطاً وفتلاً (تناذر
-----	----------------------------------

.. و ..

٣٨٩	-- الرئوي السريرية (اشكال الداء ..
٤٩١	الارضاع مدة الحبل والاعتناء بالفطيم

.. ز ..

٥٣٥	-- زحار جديدة تيفه الشكل (حادثة
٣٢١	-- زحاري الشكل مصلي المنشاعولج بالامتين (تناذر ..

-- س --

٢٢	-- السبات السكري (معالجة
٣٢٥	.. السرطان (في —
٣١٩	-- السرطان بالأدوية الكيماوية (معالجة -
٦٣	-- السرريات والمداواة الطبية (تقديم الجزء الثاني من --
٣٩٨	-- السكري (طريقة في معالجة الداء
١١٦	-- مسلم القاسمي (خطاب السيد
٦٣٨	-- مسلم القاسمي (وفاة الدكتور --
٤٨٨	انسام الأطفال بالعلاجات
٣	سنتنا الثامنة

الصفحة	
٤٢٩	- - السنية (التشويهاات - -
٢٠٨٠١٦٦٠٩٩	السائل الدماغى الشوكى (نتائج تفاعل
٤١٩٠٣٣٧٠٢٧٤	
٣٠	- السيلانية (القرحة
	ش
٤٣٤	- - الشهادات فى الجامعة السورية (توزيع - -
٤٩٤	التشمع الضمورى البردائى
	ض -
١٢٩	الضنك
	ط
٥٧٦	الطب العربى (رسالة
١٨٧	مطبوعات حديثة
	ع -
١٢٣	عبدالله الرفاعى (قصيدة السيد
١٢١	- - عبدالوهاب الممرى (خطاب السيد - -
٥٧٠	على بساط الرىح (كتاب حديث)
٦٣٩	عميد الجامعة السورية (عودة معالى
٣٧١	عميد الجامعة السورية (وداع معالى - -
	ف -
٤٧٩	فحص المرضى
٢٤١	- - المفاصل (جروح -
٢٣٥	- فقر الدم الحثيث (طريقة كاستل فى معالجة
٦٨	فورونوف والمجتمع البشرى

— ق —

٩٠ الاقساط

١٦٥ - القطاني (معالجة الألم —

٣٦ - التقيح اللوي (معالجة —

— ك —

١١٥ — تكريم الاستاذين مرشد خاطر ومنيف العائدي (حفلة —

١٩٩ — الكلية (سل —

— ل —

٥٧٧ — لاثورجه في فتاة مسلمة (مرض —

١٠٩ — لغوية (ابحاث —

— ن —

١٥٦ انتاسلية (هبوط الاعضاء —

١٧٦ — المنطقة (آفات الجملة العصبية المركزية في دا —

— و —

٢٥٢، ١٨٩، ١٢٥ - الورق (صناعة —

٦٣٠، ٥٠٠، ٤٤٦

٥٢ — توزيع الشهادات (خطاب الاستاذ سعيد الغزي في حفلة —

فهرس الاعلام

من اساتذة المعهد والمراسلين مرتبة على حروف المعجم

- ابراهيم قندلفت (طبيب الاسنان) ٤٢٩ ، ٣٦
 احمد سامي الساطي (الدكتور الاستاذ) ٤٤٩
 احمد الطباع (الدكتور) ٣٨٥ ، ٣٦٢ ، ٢٩٨
 اسعد الحكيم (الدكتور) ٥٤٤
 انور المطار (السيد) ٥٧٠
 بشارة اسطفان (الدكتور) ٤٠٣ ، ٣٠٩ ، ١٩٩
 يونور (الموسيو) ٤٥
 ترابو (الدكتور الاستاذ) ٥٧٧ ، ٥٣٨ ، ٥٣٥ ، ٥١٣ ، ٣٨٥ ، ٣٢١
 جيل الحاني (الدكتور) الاستاذ ١٩٣ ، ١٠٩
 جميل مسعود الكواكبي (الدكتور) ٣٠
 جينستاي (الدكتور) ٤٢٩ ، ٢٥٩
 حسني سبيع (الدكتور الاستاذ) ٣٨٥
 رضا سعيد (الدكتور الاستاذ) ٤٠
 سعيد النزي (الاستاذ) ٥٢
 سوتريو (الدكتور) ٢٥٩
 سوليه (الدكتور) ٥٢٩
 شانتيو (الدكتور) ٥٤٩
 شوكت موفق الشطي (الدكتور الاستاذ) ٥١٩ ، ٥١٣ ، ٤٦٨ ، ٣٩٨ ، ٣٨٩ ، ٣١٩
 ٥٦٠ ، ٥٥٧ ، ٥٤٩ ، ٥٣٨ ، ٥٣٥ ، ٥٢٩
 ٥٧٧ ، ٥٦٤

صلاح الدين مسعود السكواكي (الدكتور الكيماوي) ١٢٥، ١٨٩، ٢٥٢، ٤٦٦

٦٣٠، ٥٠٠

٣٢٥، ٢٤١

عبد الحميد العلمي (الدكتور)

٣٢١، ٢٧٤، ٢٥٩، ٢٠٨، ١٦٦، ٩٩، ٦٣

عزة مريدن (الدكتور)

٦١٥، ٥٧٧، ٤٦٢، ٤١٩، ٣٣٧

٦٢٨، ٦٣٥، ٤٩١، ٤٨٨

كامل سليمان الحوري (الدكتور)

٢٦٣، ٢٤١، ١٩٩، ١٥٦، ٩٠، ٥

لوسر كل (الدكتور الاستاذ)

٥٨٨، ٤٧٩، ٤٦٢، ٤٠٨، ٣٦٢، ٣٢٥

٦٠٩، ٦١٥

محمد الجاشقجي (الدكتور)

٤٣

محمد كرد علي «الوزير الاستاذ»

٢٢

حرسلا لابه «الدكتور الاستاذ»

١٢٩، ٩٠، ٦٥، ٥٩، ٤٠، ٢٢، ٥٠٣

مرشد خاطر «الدكتور الاستاذ»

٤٥٤، ٤٠٨، ٣٥٢، ٢٦٣، ٢٣٥، ١٥٦

٥٩٦، ٥٨٨، ٥٧٦، ٥٤٤، ٥٢٦، ٤٧٩

١٨٧

ميشل خوري «طبيب الانسان»

٥١٩

يوفه «الدكتور»

BI OXYNE

LE DENTIFRICE SCIENTIFIQUE

ASEPTISE LA BOUCHE

• PARIS •



BLANCHIT
LES
DENTS

السريريات والمداواة الطيبة . الجزء الثاني

لمؤلفه الحكيم

ترابو ومرشد خاطر وشوكة الشطي

صدر الجزء الاول من هذا الكتاب الثريد في بابہ الذي اقبل عليه اطباء البلاد العربية
خير اقبال وقد صحت عزيمة مؤلفيه التي لا تعرف الكلال فاصدروا الجزء الثاني منه مزينا
بالرسوم الجميلة ومطبوعاً على ورق صقيل فانجز طبعه كالجزء الاول ووقع في ما ينبغي علم
الف صفحة ولما كانت النسخ المطبوعة منه قليلة ينصح مؤلفوه لمن اقتنى الجزء الاول من
بالاسراع الى اقتناء الثاني قبل فوات الفرصة

ومنه ليرة عنانية ذهب عدا اجرة البريد وهو يطلب من احد مؤلفيه بدمشق الدكتور
مرشد خاطر

